Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

THE LIBRARY
OF THE

CLASS S610.5
BOOK D44-w

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, M. BOCKHART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, K. DOHI-Tokio, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-München, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. de PROBIZER-Rovereto, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., J. SCHUMACHER-Berlin, O. SEIFERT-Würzburg, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRŦB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SIEBENUNDSIEBZIGSTER BAND

1923

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 13 ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1923

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Über die Terpentinölpräparate Terpestrolstreupulver, Terpestrolsalbe und Terpestrolseife. Von R. Heinz 829
Trepol in der Syphilistherapie. Von Trýb und Beutl 831
Über eine Kombination von nichtgonorrhoischer und gonorrhoischer Urethritis. Von Ulrich Saalfeld 839
Ein neuer Apparat für intravenöse Injektionen. Von Josef Rudolf Thim . . . 841
Erfahrungen mit dem Wismutpräparat Nadisan in Kombination mit Neosalvarsan bei der Behandlung der Syphilis. Von C. Gutmann 861
Zur Frage von der Entstehung der menschlichen Muttermäler. Von Leven . . 873
Die untersuchungstechnische Bedeutung von Reizzonen im autonomen und im spinalen Gebiet (Headsche Zonen). Von Walter Cimbal 885
Eine eigenartige Nagelmykose in China (Onycholysis trichophytica). Von Friedrich Reiss 891
Seltene Leukoderme und die Abgrenzung derselben von der Vitiligo. Von Erich Langer 913
Beobachtungen über die Anwendung des Arsalyts bei Syphilis. Von A. N. Popowa 920
Zur Technik und praktischen Verwertbarkeit von Meinickes Trübungsreaktion (MTR). Von C. Kruchen 945
Beitrag zu den toxischen Erythemen. Von Emanuel Wohlstein 957
Kombinierte Reizkörper-Vakzinebehandlung der Komplikationen der männlichen Gonorrhoe. Erfahrungen mit Gono-Yatren. Zugleich ein Beitrag zur Wirkungsweise der Reizkörper. Von Fritz Simon 973
Tartarusbehandlung bei hartnäckigem venerischem Geschwür. Von J. Goldberger 984
Über diagnostische Impfergebnisse mit Mikrosporin (Hoechst) bei Mikrosporie und artverwandten Pilzerkrankungen (Trichophytie, Favus). Von L. Arzt und H. Fuhs 997
Psoriasis: Jodwirkung und Ätiologie. Von Leven 999
Bemerkungen zu der Arbeit: Bedenken gegen die Salvarsan-Mischspritze von Dr. A. Memmesheimer. Von Erich Schmidt 1004
Über einen rasch tödlich verlaufenden Fall von Maul- und Klauenseuche beim Menschen. Von Th. Fahr 1025
Meinicke-Mikroreaktion. Von Paul Dohnal 1029
Rückenmarksflüssigkeit und Auge bei Frühsyphilis. Von Paul Glemann 1033
Beiträge zur Kenntnis von Hautveränderungen netzförmiger Anordnung, vorzüglich entzündlicher Natur. Von E. Lehner und D. Kenedy 1049
Behandlung des Xanthoma palpebrae mit Ignipunktur. Von Joh. Fabry 1052
Ein Fall von dreimaliger Ansteckung mit Syphilis. Beitrag zur Frage der Neuansteckung nach Abortivbehandlung bei Syphilis. Von Hugo Hecht 1053
Minimaldosen in der Dermatologie, zugleich ein Beitrag zur Behandlung des Röntgengeschwüres. Von Heinrich Perl 1056
Über die Behandlung der Syphilis mit Bismogenol. Von Hans Ritter 1077
Versuche mit intravenösen Traubenzucker-Injektionen in der Syphilistherapie. Von Eugen Rubin 1080
Zur Kenntnis chronisch-pyämischer Zustände bei chronischer Bindegewebsentzündung des männlichen Beckens. Von Fritz Reif 1086
Über Blutsenkungsgeschwindigkeit und Bluteosinophilie bei akuter Gonorrhoe. Von H. Mierzecki 1101

Digitized by Google

Seite

Toxisches Erythem und Herpes zoster nach intramuskulärer Bismutinjektion. Von Emerich Lehner 1107
Vorläufige Mitteilung einer neuen Lupustherapie. Von Hermann Muchow . . 1113
Über Hautdiphtherie. Von A. Lenz 1116
Die Behandlung des Ulcus cruris mit der Reimer-Salbe. Von Karl Schreiner 1119
Zur Biologie der Gonokokken und zur Prognose der männlichen Gonorrhoe. Von Ernst Delbanco und Friedrich H. Lorentz. Bakteriologischer Teil. Von Friedrich H. Lorentz 1137
Über derzeitige Krätzebehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Catamin. Von Steiner 1151
Über einen in Stuttgart beobachteten Fall von „Kriechkrankheit" (Creeping disease, Hautmaulwurf, Larva migrans). Von Schaumberger und Tannhauser . . 1165
Ein zweiter Fall von Porokeratosis Mibelli. Von Menahem Hodara 1167
Histologische Untersuchung eines Falles von Porokeratosis Mibelli. Von Menahem Hodara und Houloussi Behdjet 1168
Über die Behandlung der Syphilis mit dem Wismutpräparat Bismogenol und seine Bedeutung für eine ausgiebig wirkende Zwischenkur. Von Alfred Holländer 1173
Endotoxin- und Ektotoxinwirkung von Trichophytonpilzen im menschlichen Körper und deren therapeutische Verwertung. Von Willy Engelhardt 1193
Über die Wirkungen alter Kulturen pathogener Hefen. Von Ginji Koomaya und Ernst Rosenbaum 1198
Über Farbenversuche und Farbenmodifikationen bei Ausflockungsreaktionen zur Serodiagnose der Syphilis. Von H. Mierzecki 1202
Paraurethritis und Folliculitis non gonorrhoica. Von Ludwig Waelsch 1208
Eine neue serologische Methode zur Erkennung der Lepra. Von H. Muchow und D. M. Levy 1225
Vergleichende Untersuchungen zur Pharmakologie und Bakteriologie einiger Silberpräparate mit besonderer Berücksichtigung des Targesins. Von W. Steinbiss 1227
Über Wismuttherapie. Von Evening 1234
Die diagnostische Bedeutung von Oberhautimpfungen mit prozentual abgestuft verdünnten Tuberkulinlösungen. Von Koopmann 1253
Zur Kenntnis netzförmiger Hautveränderungen, vorzüglich entzündlicher Natur (Cutis marmorata pigmentosa Buschke-Eichhorn). Von A. Buschke 1266
Ein Fall von doppelseitigem und gleichhohem Herpes zoster der oberen Extremitäten. Von Hans Krösl 1267
Beitrag zur Frage der Behandlung der Orientbeule. Von Pr. Vaiciuška 1285
Histologische Untersuchung der blasigen und atrophischen Partien eines Falles von Epidermolysis bullosa (Koebner). Von Menahem Hodara und Houloussi Behdjet 1288
Untersuchungen über die Ausscheidung von Wismut durch den Harn bei parenteralen Injektionen von Natriumtribismutyltartrat. Von S. Sei 1290
Veroform und Epithelan, zwei neue Präparate für die Dermatologie. Von M. Friedländer 1295
Die Indikationsstellung zur Röntgentherapie verschiedener Ekzemformen. Von Herbert Fuhs 1313
Über Beziehungen der Neurodermitis zu Alopezie. Von G. Nobl 1320
Urtikarielles (allergisches?) Arzneiexanthem nach Behandlung einer Psoriasis. Von Josef Zollschan 1323
Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit intravenösen Natrium-salicylicum-Injektionen bei gleichzeitiger Salbenapplikation. Von Alfred Holländer . . 1325
Dermatitis exfoliativa subacuta non generalisata. Von Emanuel Wohlstein . . 1327
Ein Fall von Sporotrichosis der Genital- und Analgegend und der Mundschleimhaut. Von Menahem Hodara 1328
Rektumkarzinom und Syphilis bei einer Jugendlichen. Von Eduard Wellmann 1330
Zu den Bemerkungen von Dr. Erich Schmidt über meine Arbeit „Bedenken gegen die Salvarsanmischspritze". Von Alois Memmesheimer 1334
Theodor Veiel. Von F. Hammer 1335
Sonderformen des Lupus erythematosus in Verbindung mit Erythema Bazin und papulonekrotischem Tuberkulid (Lupus erythem. discoides et acneiformis, Herpes-iris-ähnliche Nachschübe). Von G. Nobl 1373

401154

Digitized by Google

Seite

Die natürlichen und künstlichen Immunisierungsvorgänge bei der Gonorrhoe. Von Franz Baumann und Willy Heimann 1377
Zur kritischen Auswertung gefärbter Strukturen in fixierten Präparaten. Von Wilhelm v. Möllendorff 1417
Antwort. Von P. G. Unna 1424
Erwiderung auf P. G. Unnas „Antwort". Von Wilh. v. Möllendorff 1429
Schlußantwort. Von P. G. Unna 1431
Zum Abschluß. Von Wilh. v. Möllendorff 1434
Lichen-verrucosus-artiges Salvarsanexanthem. Von Hermann Albert 1461
Die Behandlung der Syphilis mit Jodchininbismut. Von Josef Guszman und Eugen Rubin 1467
Ein Fall aktiver Symptome von sekundärer Syphilis bei ungemein frühem Vorhandensein der Tabes. Von G. O. Sutieeff 1472

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 878, 958
Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in München 923
Nordische Dermatologische Gesellschaft 1176
Nürnberger Dermatologische Gesellschaft 1209
Wiener Dermatologische Gesellschaft 900, 1434, 1474
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck 984

Fachzeitschriften.

Acta dermatologica 1339
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1011, 1178, 1338
Annales des Maladies Vénériennes 1240, 1341
Archiv für Dermatologie und Syphilis 985, 1156, 1394, 1440
Archives of Dermatology and Syphilology 1005, 1181, 1270, 1444
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1037, 1185, 1238
Dermatologische Zeitschrift 1152, 1478
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 1214, 1342
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 062
Journal d'Urologie 1064, 1209, 446
Proceedings of the Royal Society of Medicine 061, 1188, 1341, 445
Réunion Dermatologique de Nancy 1042, 1217
Réunion Dermatologique de Strasbourg 1059, 1218
The American Journal of Syphilis 1337
The British Journal of Dermatology and Syphilis 1002 1184, 1269, 1344, 1443
The Urologic and Cutaneous Review . . . . . 1088, 121[illegible], 1343
Zeitschrift für Urologie 1061

Personalien: 860, 884, 912, 944, 1024, 1048, 1100, 111[illegible], 1136, 1224, 12[illegible]2, 1284 1372, 1416, 1460, 1492.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. Juli 1923 | Nr. 27 | Band 77

Aus dem Pharmakologischen Institut Erlangen (Vorstand: Prof. R. Heinz).

Über die Terpentinölpräparate Terpestrolstreupulver, Terpestrolsalbe und Terpestrolseife.

Von

Prof. R. Heinz.

Das Terpentinöl ist ein seit alters her vom praktischen Arzt wie in der Volksmedizin — auch in der Dermatologie — viel gebrauchtes Präparat.

Terpentinöl dringt, wie alle ätherischen Öle, leicht in die Haut ein. Es wirkt unverdünnt reizend, aber nicht ätzend (wie das Thymol oder Eugenol). Bringt man einen Tropfen Terpentinöl in das Auge von einem Kaninchen, so entsteht lebhafte Hyperämisierung der Konjunktivalschleimhaut. Diese Hyperämie ist reflektorisch; sie bleibt nach vorheriger Anästhesierung des Auges aus. Auf die Gefäßwand selbst wirkt Terpentinöl verengernd, wie viele andere ätherische Öle — am stärksten das Pfefferminzöl.

Auf Zellen und Gewebe wirkt Terpentinöl „reizend" im Sinne der Funktions- oder Wachstumssteigerung: daher auch die Verwendung des Terpentinöls bzw. Terpentins als Keratoplastikum.

Terpentinöl wirkt bekanntlich stark leukozytenanlockend. Bei intravenöser Injektion von Terpentinölemulsion (mit Gummiarabikum) bei Kaninchen erhielt ich hochgradige Leukozytose durch Reizung des Leukoblastengewebes im Knochenmark: das ganze Fettmark der Femurdiaphyse war in „weißmyeloides" Mark verwandelt. Bei der Klingmüllerschen Terpentinölbehandlung wirkt das Terpentinöl zweifellos „unspezifisch", indem es die Abwehrmechanismen des Körpers fördert. Die Abwehrmechanismen des Organismus sind teils humorale, teils zellulare. Die humoralen gelangen ins Blut aus den Geweben, hauptsächlich aus dem Knochenmark. Die zellularen, hauptsächlich Leukozyten, entstammen ebenfalls dem Knochenmark. Da das Terpentinöl das Knochenmark reizt, erklärt sich seine Wirkung als „Arzneimittel mit indirekter Heilwirkung"[1]).

Die funktionssteigernde Wirkung des Terpentinöls konnte ich in Laboratoriumsversuchen an Einzelzellen erweisen. In einer stark verdünnten Terpentinölemulsion zeigen Leukozyten eine Steigerung ihrer amöboiden Bewegung; geschwächte Infusorien lassen auf Terpentinölzusatz lebhaftere Bewegung erkennen; Bacillus pyocyaneus, Terpentinöldämpfen ausgesetzt, bildet vermehrten grünen Farbstoff.

[1]) Heinz, Jahreskurse f. ärztl. Fortb., 1919, Augustheft.

Digitized by Google

Wichtiger noch als die Laboratoriumsversuche des Pharmakologen sind die klinischen Erfahrungen des kritisch beobachtenden Praktikers, die ja für den Dermatologen leicht und eindeutig sind. Hier erweist sich das Terpentinöl infolge seiner Reizwirkung, auch auf die tieferen Teile des Hautgewebes: Rete Malpighi und Chorion, als hervorragendes granulationsförderndes Mittel.

Um klinisch verwendet werden zu können, muß das Terpentinöl in praktische Form gebracht werden. Ich habe folgende drei Präparate hergestellt: Terpestrolstreupulver (nach Art eines Elaeosaccharums hergestellt) mit 2,5 % Terpentinöl; Terpestrolsalbe (weiche, neutrale Salbe) mit 5 % Terpentinöl, und Terpestrolseife (weiche Natron-Kali-Seife) mit 10 % Terpentinöl. Die Präparate werden von der Chemischen Fabrik Dr. Ivo Deiglmayr-München in den Handel gebracht. Das Terpestrolstreupulver wie namentlich die Terpestrolsalbe haben sich bei allen schlechtheilenden Geschwüren bewährt; insbesondere bei:

Unterschenkelgeschwüren: Rasche Abnahme der Sekretion, lebhafte Granulationsbildung und Abheilung auch sonst schwer beeinflußbarer Stellen (z. B. an der gespannten Haut über dem Knöchel und ähnliche);

diabetischen Geschwüren;

Dekubitalgeschwüren. Hierüber berichtet Platz[1]):

Bei 8 Kranken mit ausgedehnten Dekubitalgeschwüren habe ich Terpestrolsalbe angewandt. Schon nach wenigen Tagen zeigte sich lebhafte Granulationsbildung. In mehreren Fällen gelang es, durch die systematische Behandlung die ausgedehnten Defekte in kürzester Zeit zur vollständigen Heilung zu bringen.

Röntgengeschwür. Platz berichtet:

In einem Fall von über handtellergroßem Röntgenulkus der vorderen Brustwand, der lange Zeit vorher vergeblich behandelt war, sah ich auf Terpestrolsalbe rasche Granulationsbildung und beginnende Überhäutung.

Den überraschendsten Erfolg sah Platz bei einem mit Terpestrolsalbe behandelten Fall von Lupus exulcerans. Platz berichtet:

Es handelte sich um einen seit mehreren Jahren bestehenden Lupus mit mehrfachen, von grau-schmierigem Belag bedeckten Geschwüren. Bereits nach 14tägiger Behandlung war ein Teil der Geschwüre vernarbt. In der Umgebung sah man noch Knötchen. Bei systematischer Weiterbehandlung mit Terpestrolsalbe vernarbten die letzten Geschwüre und nach mehreren Monaten waren auch die Knötchen verschwunden.

Ganz ähnliche, überraschende Erfolge mit Terpestrolsalbe bei Lupus sah auch P. Unna, über die er auf dem Dermatologenkongreß in Hamburg 1922 referiert hat. Über weitere frappierende Erfolge bei Lupus wird demnächst Fr. Wagner-Essen berichten.

Wie ist der überraschende Erfolg des Terpestrols bei Lupus zu erklären? Einmal durch die allgemeine granulationsfördernde Wirkung des Terpestrols. Dann aber vermag das Terpentinöl als eminent lipoidlöslicher und lipoidlösender Körper die Wachshaut der Tuberkelbazillen aufzulösen. Ich brachte Stückchen von einer Reinkultur von Tuberkelbazillen (von einer Kartoffelkultur) in Terpentinöl: die Stückchen wurden vom Rande her glasigdurchscheinend und lösten sich bald völlig auf. Unter dem Mikroskop kann man die Auflösung der Tuberkelbazillen (bei durchfallendem wie auffallendem Licht) direkt verfolgen.

[1]) M. m. W., 1923, Nr. 16.

Digitized by Google

Den Tuberkelbazillen sehr ähnlich verhalten sich die ja auch säurefesten, mit einer Lipoidhülle versehenen Leprabazillen. P. Unna hat (nach freundlicher brieflicher Mitteilung) ausgeschnittene Hautstücke von Knotenlepra mit Terpentinöl behandelt und bei der mikroskopischen Untersuchung gefunden, daß die Leprabazillenhaufen im Inneren der Knötchen aufgelöst waren: an Stelle der „Globi" waren „Löcher" getreten. — „Bei Behandlung von Knotenlepra mit Terpestrolsalbe flachten sich ausgedehnte Infiltrate ohne jede weitere Lokalbehandlung ab und bildeten sich gänzlich zurück. Nach längerem Gebrauch wurde die Epidermis erodiert, und ähnlich wie bei Verdauungsbehandlung mit Pepsin fiel das Granulom allmählich zusammen". P. Unna hat den Wunsch ausgesprochen, für die ja wenig empfindliche Haut der Leprakranken ein stärkeres Präparat als die 5%ige Terpestrolsalbe zu erhalten. Ich schlage hierfür die 10%ige Terpestrolseife vor, die ja, als Seife, um so leichter in die Haut eindringt. Übrigens ist unter Behandlung mit Terpestrolseife ein Bubo incipiens in kürzester Zeit zurückgegangen.

Reizerscheinungen macht die 5%ige Terpestrolsalbe nicht. Bei 5%igem Terpestrolstreupulver wurde zuweilen Reizung der umgebenden gesunden Haut beobachtet, weshalb der Prozentgehalt an Terpentinöl bei dem Terpestrolstreupulver auf 2,5% herabgesetzt worden ist.

Aus der Dermatologischen Klinik in Brünn (Vorstand: Prof. Dr. Tŕýb).

Trepol in der Syphilistherapie.

Von

Prof. Tŕýb und Dr. Beutl.

Solange der Syphiliserreger nicht bekannt war, stand die Therapie im Zeichen einer rein symptomatischen Empirie; es ist bewundernswert, daß Quecksilber und Jod, solche vorzügliche Mittel, aus dieser Zeit stammen und daß in dieser Hinsicht die Arbeiten Fourniers bis heute feststehen.

Es ist fast selbstverständlich, daß nach Schaudinns Entdeckung fast die ganze Syphilistherapie unter die Flagge einer bakteriziden Behandlung strebte. Auf diesem Wege steht Ehrlichs Forschung als ein Koloß, welcher kaum je übertroffen sein wird. Die Reaktion, welche den überspannten Hoffnungen folgen mußte, ist fruchtbar an regen Weiterforschungen, die besonders in zwei Richtungen vom Scheidewege des festen, wissenschaftlichen Standpunktes tiefer in das Problem einzudringen suchen. Die eine verfolgt den Weg der Parasitotropie, die andere kehrt zurück zu den ursprünglichen alten Methoden, bei welchen man sich allerdings nicht nur mit empirischen Erfahrungen begnügen soll, sondern wo besonders die Heilkraft und Reaktionsfähigkeit des Organismus in Anspruch genommen und unterstützt werden soll, — also eine rein organotrope Methodik.

Begreiflicherweise fühlen sich manche Wissenschaftler durch die glänzende Wirkung des Salvarsans dazu verpflichtet, einige andere

Digitized by Google

Metalle in ähnlicher Weise zu prüfen. So kam schon vor einigen Jahren Tsuzuki mit seinem Antimonpräparat, welches Metall in der letzten Zeit in neuer Form besonders von H. Schmidt empfohlen wird. Soweit wir Gelegenheit hatten, Antimonpräparate bei Syphilis zu prüfen, konnten wir uns stets nur von einer sehr schwachen Wirkungskraft überzeugen, welche von unangenehmen Nebenerscheinungen weit übertroffen wird.

Ende Dezember 1921 wurde unsere Aufmerksamkeit den Bi-Präparaten zugewendet, und, obzwar wir eher skeptisch zu den neuen Fabrikaten griffen, müssen wir gleich von Anfang an betonen, daß wir diesmal von der hervorragenden Wirkung gepackt wurden, da sie uns stark an die radikale Wirkung der ersten Versuche mit „606" erinnerte.

Wir arbeiteten mit dem französischen Trepol und fast allen bisher in den Handel gesetzten Bi-Präparaten, deren Historie hier nicht weiter angeführt werden soll, da in verflossenem Jahre bereits einige Arbeiten über dieses Thema erschienen sind, welche sich damit näher befassen und deren Verzeichnis wir zum Schlusse als benutzte Literatur anführen wollen. Dieser Bericht soll über eigene Erfahrungen mit Trepol an einem ziemlich umfangreichen Material Auskunft geben, da wir in einem Jahre etwas über 350 Luetiker mit diesem Präparat behandelt haben, von denen einige die Kur wiederholten, so daß wir über mehr als 3000 Injektionen referieren können.

Unsere Arbeit haben wir uns folgendermaßen eingeteilt. Erstens einmal prüften wir ausschließlich das Trepol mit Rücksicht auf seine Spirochätotropie, seine Wirkung der WR gegenüber und natürlich auch seine Wirkung auf die verschiedenen manifesten Symptome der Syphilis.

Eine zweite Serie widmeten wir in gleicher Weise der kombinierten Behandlung Trepol + Neosalvarsan und die dritte Serie kombiniert Trepol mit Schmierkur.

Was das reine Trepol anbelangt, wurden im ganzen 152 Fälle behandelt. Wir verabreichten meist sechs bis acht Injektionen intragluteal nach der ursprünglichen Vorschrift (drei Injektionen à 3 ccm und drei Injektionen à 2 ccm) in viertägigen Intervallen. Später steigerten wir da, wo das Präparat gut vertragen wurde — also fast durchwegs — die Dosis auf acht Injektionen, so daß unsere Patienten in einem Kurs durchschnittlich 20 ccm (16—24 ccm) erhalten haben, eine Grenze, welche von uns nur selten überschritten wurde.

Die Wirkung des Trepols auf die Spirochäten (besonders der ersten Präparatserien im Januar 1922) war verblüffend. In den Sklerosen, welche von Pallidae wimmelten, konnte man 24 Stunden nach der ersten Injektion keine einzige finden. Sehr selten ist es vorgekommen, daß man das Verschwinden der Spirochäten 48 Stunden abwarten mußte. Diese Befunde wurden auf einwandfreie Beobachtungen von 20 Sklerosen und Kondylomatosen gestützt und durch zahlreiche Kontrollbefunde weiterer Untersuchungen bestätigt. Klinische Erscheinungen schwinden ebenfalls sehr rasch. Schleimhautplaques heilen oft schon nach der ersten Injektion, die Kondylomatose braucht allerdings vier bis fünf Injektionen, ehe sie vollständig abheilt. Jedoch das Abflachen und Trockenwerden geschieht schon meist nach den ersten zwei Injektionen.

Digitized by Google

Wir konnten konstatieren, daß Schleimhauterscheinungen und gewucherte zellreiche Effloreszenzen sich rascher rückbilden als die makulösen und trockenen Formen. Bei den Sklerosen schwankt die Heilungsdauer zwischen zwei bis fünf Injektionen, was erstens einmal von der Ausbreitung des Defektes, zweitens von der individuellen Fähigkeit des Organismus abhängig ist.

Die gummösen Erscheinungen, von denen wir auch eine geringe Zahl zur Behandlung hatten (5), weichen etwas langsamer, als wir es bei der Salvarsanbehandlung gewöhnt sind, und wir haben uns daher später immer des kombinierten Verfahrens bedient.

Sehr interessant ist die Wirkung des Trepols auf die WR, von welcher wir allerdings nur da sprechen können, wo die Kranken wenigstens über die ganze Zeit unserer Arbeit (1 Jahr) unter Kontrolle blieben. Von den 152 Behandelten entzogen sich einer weiteren Behandlung 71, so daß wir nur über 81 reine Trepolfälle berichten können. (Da in Brünn nur eine einzige unentgeltliche Spezialheilanstalt existiert [von Krankenkassen abgesehen], kann man vermuten, daß die meisten von den 71 Ausgebliebenen ohne Beschwerden evtl. Erscheinungen sind und daher nicht erscheinen.) Von den 81 Fällen waren vor der Behandlung 66 stark, meist komplett positiv, 15 negativ. Unmittelbar nach der Behandlung ist die WR meist nicht beeinflußt worden. Dagegen sind nach einer Pause von zwei bis drei Monaten von den 66 positiven 15 noch immer stark positiv geblieben, 14 schwach oder sehr schwach (+, ±, ∓) und 37 seronegativ geworden. Von diesen 56% seronegativ gewordenen ist ein einziger Fall nach acht Monaten seropositiv geworden, da er sich der weiteren Behandlung ganze acht Monate entzogen hat.

Manifeste Rezidive kamen im ganzen Jahre nur viermal vor.

Fall 1. Eine Riesensklerose (WR +++). Behandlung: 15 ccm Trepol; nach vier Monaten L. condylomatosa (WR ++); nach wiederholter Trepolbehandlung 20 ccm (WR gleich nach der Behandlung negativ).

Fall 2. L. cond. (WR +++); Trepol 15 ccm; nach der Behandlung WR negativ (!). Erschienen erst nach sieben Monaten mit L. cond. (WR ++); nach wiederholter 20 ccm Trepol WR negativ.

Fall 3. Lues latens (WR ++); 20 ccm Trepol; nach zwei Monaten L. cond. meatus acust. ext. (WR +++); Skrofulose; weiter mit Trepol kombiniert mit Schmierkur behandelt. Nach weiteren sechs Monaten noch +++).

Fall 4. L. cond. (WR +++); 15 ccm Trepol. Erschien erst nach acht Monaten: Iritis luetica (WR ++); wurde weiter kombiniert behandelt.

Von der gesamten Zahl der Kranken wären noch zu erwähnen:

1. Eine gravide (VIII) L. mac. pap. (WR +++); 15 ccm Trepol; nach der Kur WR ++; sieben Wochen nach der Kur Entbindung. Drei Monate später Kind ohne luetische Anzeichen, WR ±; Mutter ebenfalls ±.

2. Ein äußerst interessanter Fall ist der folgende: Lues papulocondylomatosa, sehr stark ausgebildete Papeln der Konjunktiva, im Rachen, Tonsillen. Die Papeln am Stamme und besonders am Halse sukkulent, saftigrot, enthalten massenhaft Spirochäten. Das ganze Bild schwindet ziemlich rasch nach reiner Trepolbehandlung; auch die WR, welche anfangs komplett positiv war, wurde bis zu + herabgesetzt. Da ist es aber anschließend an die Therapie (nach 15 ccm Tr.) zu einer

Digitized by Google

mächtigen Rezidive gekommen. Es zeigten sich zahlreiche, sukkulente Papeln besonders am Halse, im Gesicht und am Stamme, jedoch niemals an den Stellen, wo die eben verschwundenen, durch Pigmentierung markierten Effloreszenzen saßen. Sonst zeigte die Eruption ganz denselben Charakter wie diese vor der Kur. Dabei blieb die WR schwach + und wurde sogar nach weiteren drei Wochen negativ.

Mikroskopisch handelt es sich um eine stark erythematöse Papel mit geringen, aber deutlich luetischen Zeichen an den Gefäßen. Spirochäten waren negativ. Temp. blieb stets normal. Es wurden Schmiertouren angeordnet, und nach der zweiten ist die Eruption fast vollständig verschwunden.

Dieser Fall ist von uns erscheinungslos und wassermann-negativ nach sechswöchiger Behandlung entlassen worden, und es war leider nicht mehr möglich, ihn zur Kontrolle zu bekommen. Die Möglichkeit einer JARISCH-HERXHEIMERschen Reaktion oder eines Trepolexanthems konnte ziemlich gut ausgeschlossen werden.

Nach unserer Erfahrung mit reinem Trepol ist dieses ein hervorragend spirochätotropes Mittel, welches anscheinend auch sehr gute benigne organotrope Eigenschaften besitzt. Die energische Wirkung der WR gegenüber ist unbestreitbar. Eine Bemerkung soll hier gemacht werden. Die ersten Serien des Präparats am Anfang des Jahres 1922 wirkten auf die WR sehr rasch, so daß es nicht selten vorgekommen ist, daß eine floride Lues mit kompletter WR nach fünf Wochen (15 ccm) Trepol wassermann-negativ geworden ist. Die späteren Serien zeigten diese Eigenschaft nicht mehr. Was uns das Trepol außer dieser Wirkung besonders sympathisch macht, ist der Umstand, daß die meisten Luetiker, besonders solche, deren Frühlues mit Tr. behandelt wurde — wenn sie nach zwei- bis dreimonatlicher Pause zur Kontrolle kommen — durch ihr blühendes Aussehen von den anderen abstechen. Trepol hat auch seine unangenehmen Eigenschaften. Erstens einmal schmerzen die Injektionen manchmal sehr stark. Jedoch warnen wir vor dem Versuche, wegen dieser Eigenschaft ein schwächeres, bequemeres Mittel den Patienten zu rekommandieren. Es ist eine allgemeine Erfahrung, daß die energischen Mittel, injiziert, alle schmerzen. Wir sind überzeugt, daß übrigens diese starke Gewebsreaktion an dem Heilungsprozeß stark beteiligt ist. Wir haben bei einigen Tausend Trepolinjektionen nicht ein einziges Mal einen Abszeß oder sonstige unangenehme Nebenerscheinungen erlebt, obzwar wir meist ambulant behandeln, und nur selten wird von den Patienten berichtet, daß sie nach einer Injektion einen Tag liegen mußten. Die meisten Kranken lassen sich übrigens überzeugen, daß der Ernst ihrer Erkrankung mindestens dieselbe Geduld verlangt, die man zu einem Zahnarzt oder Otiater mitbringen muß.

Als weitere Nebenerscheinung kommt es vor, daß die Kranken nach einer Injektion bis 39° fiebern. Das hängt meist vom Präparat ab, resp. von einzelnen Serien, was daraus erhellt, daß alle Injektionen, die Fieber hervorgerufen haben, von einer oder zwei gleichen Schachteln herstammten. Jedoch ist auch diese Erscheinung bei unseren Fällen selten und nie zu einem ernsten Bilde ausgeartet.

Was toxische Eigenschaften anbelangt, so sind diese, mit einer

Digitized by Google

energischen Quecksilberkur verglichen — minimal. Eine Stomatitis resp. Gingivitis, welche sich durch sehr charakteristische blauschwärzliche Verfärbungen äußert, kommt fast ausschließlich nur bei Leuten vor, bei denen die Zahnbürste ein vollkommen unbekanntes Instrument bedeutet und welche mächtige Anlagerungen von Zahnstein aufweisen. Die Entfernung des Zahnsteins ist unbedingt notwendig. Ohne das tritt fast nie eine Bismutgingivitis auf. Selbst dort, wo es bis zu einer schweren Stomatitis und Periostitis kommt (wir haben solche Fälle bei Personen gesehen, welche sich gleich nach der Behandlung unserer Beobachtung entzogen und erst nach zwei bis drei Wochen mit starker Stomatitis wiederkamen), heilen solche bei zweckmäßiger Behandlung ziemlich rasch. Neben Zahnstein und vernachlässigter Mundpflege stellt uns fast ausnahmslos die Obstipation eine Bedingung, ohne die es kaum zu stärkeren Bismutstomatitiden kommen kann. Darmstörungen sind bei einem halbwegs hygienischen Benehmen kaum zu erwarten und wurden von uns — wenigstens im ernsteren Maßstabe — nie beobachtet. Außer Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens leichteren Grades (vorübergehendes Kopfweh, Mattigkeit) konnten wir typische Genickschmerzen oder Muskelschmerzen — so wie sie Scherber schildert — nicht beobachten. Der Grund liegt darin, daß Scherber mit einer größeren Gesamtdosis arbeitet, als wir uns zur Regel gemacht haben.

Interessant sind Exantheme, welche wir einigemal während der Trepoltherapie beobachtet haben, und von denen wir glauben, sie als Bismutexanthem ansprechen zu dürfen. Meist am Anfang der Therapie (nach der zweiten Injektion) erscheinen urtikarielle, solitäre oder auch girlandenartige Gebilde, welche dem beginnenden exsudativen Erythem ziemlich ähnlich sind. Sie lokalisieren sich meist an der Stirn oder am Dorsum manus, evtl. den Streckseiten des Antibrachiums. Sie erscheinen meist symmetrisch, jedoch können sie auch nur einseitig bleiben. Ihr klinischer Verlauf ist der der Erytheme. Sie zeigen aber außer einer zentralen lividen Abblassung keine Polymorphie, werden meist von keinen prodromalen Erscheinungen (Fieber) eingeleitet und schwinden — nachdem die ganze Morphe blau geworden ist — nach einem vier- bis zehntägigen Bestehen spurlos. Durch weitere Verabreichung des Medikamentes werden diese Exantheme nicht beeinflußt außer des erwähnten Blauwerdens der Effloreszenz, welche anscheinend durch die Anwesenheit von metallischem Bismut bedingt wird. Diesen ausgesprochen blauen (nicht normal lividen) Ton sehen wir fast konstant, besonders an den abheilenden Kondylomen, nicht nur bei Trepol, sondern auch bei anderen Bi-Präparaten. Bemerkenswert ist, daß diese Reaktion meist bei der Applikation unlöslicher Salze zustande kommt, und es ist zu betonen, daß bei den Fällen, wo die Effloreszenzen während der Bismutbehandlung nicht blau werden, diese viel langsamer heilen. Vielleicht ist da der Grund zu suchen, warum die Schleimhauterscheinungen und die Kondylomatose viel rascher abheilen als die trockenen Hauteffloreszenzen, da diese auch fast nie blau werden, d. i. zu ihnen eine geringere Bi-Zufuhr stattfindet. In dieser Richtung sind noch genauere Untersuchungen zu unternehmen. Von diesem Standpunkte aus wäre die Wirkung des Trepols hauptsächlich als spirochätotrop aufzufassen

Digitized by Google

und zwar in der Weise, daß das Bismut lokale Verhältnisse im kranken Gewebe hervorruft, welche die vegetativen Bedingungen der Pallidae unmöglich machen. Direkt spirillozide Eigenschaften sind nach den bisherigen Arbeiten kaum anzunehmen.

Die Gesamtdosis 15—22 ccm Trepol für eine Kur haben wir aus dem Grunde nicht überschritten, da sie uns erstens einmal ausreichend erschien, sowohl in klinischer als auch bakteriologischer und serologischer Hinsicht die Syphilis zu beeinträchtigen, so daß wir (außer eventuellen unangenehmen Nebenerscheinungen) keinen weiteren Nutzen von der Steigerung der Dosis erwartet haben. Wir finden es viel zweckmäßiger, die Kur zu wiederholen, nachdem die Depots sich resorbiert haben, was nach sechs bis acht Wochen fast ausnahmslos der Fall ist. Außerdem glauben wir, daß die Wirkung einer Kur immer durch Kombinierung mit anderen, bereits bewährten Präparaten gesteigert werden kann — was auch schließlich mit einer kleineren Gefahr verbunden ist, als die — besonders bei einer Depotbehandlung leicht mögliche — Kumulierung eines einzigen Präparates.

Von diesem Standpunkt ausgehend haben wir auch eine Reihe von Versuchen angelegt, wo Trepol mit Neo-Salvarsan kombiniert wurde, und zwar so, daß abwechselnd jeden vierten Tag je eine Trepol-Injektion und eine Neo-Salvarsan-Infusion verabreicht wurde bis zur Gesamtdosis 20 ccm Trepol und 3 g Neo-Salvarsan. Diese Therapie wurde durchwegs anstandslos vertragen. Von den 122 Kranken, die auf diese Art behandelt wurden, kamen zur Kontrolle nur 29. (Diese kleine Zahl selbst scheint uns dafür zu sprechen, daß es den meisten Kranken gut geht und daß sie rezidivfrei bleiben.) Von den 29 waren vor der Behandlung 26 seropositiv und 3 seronegativ. Bei der Revision nach zwei bis drei Monaten sind von den 26 seropositiven 16 negativ (61%), 8 schwach positiv (31%) und nur 2 seropositiv (8%).

Die Kombination „Trepol-Neo-Salvarsan" halten wir (in der beschriebenen Form) für die energischste antiluetische Kur, die wir bis jetzt anwenden können. Besonders angezeigt wäre sie bei den Primäraffekten, bei tertiären Formen und überall dort, wo wir entweder manifeste Erscheinungen oder hartnäckig seropositive Fälle vor uns haben. Jedenfalls auch dort, wo die Quecksilberkur bereits reichlich angewendet als wirkungslos zu erwarten wäre. Es ist zu bemerken, daß wir nach dieser kombinierten Kur keine Rezidive zu sehen bekommen haben.

Trepol, mit Schmierkur kombiniert, wurde bei 87 Kranken angewendet. Es waren überwiegend Sekundärerscheinungen, welche in diese Serie gewählt wurden, da beim Initialaffekt die spirochätozide Wirkung des Quecksilbers erwiesen minimal ist und daher erst in zweiter Reihe in Betracht kommt.

Von den 87 Behandelten kamen zur Revision 31, von denen 28 seropositiv und 3 seronegativ vor der Kur waren. Bei der Revision waren 61% seronegativ, 32% schwach und 7% stark positiv. Dabei sind die stark positiven Fälle hereditäre und gummöse Formen, welche bekanntlich sehr schwer seronegativ werden. Auch bei dieser Methode konnten wir keine Rezidive konstatieren.

Digitized by Google

Man hätte erwartet, daß die Kombination (wir geben sieben bis acht Inj. Trepol à 2—2½ ccm jeden fünften Tag und lassen dabei fünf bis sechs Touren schmieren — täglich 3—4 g) des Trepol mit Quecksilber stärkere Stomatitiden oder Darmstörungen hervorrufen wird. Doch ist dies nicht der Fall gewesen — im Gegenteil, die merkurielle Stomatitis war viel seltener und viel geringer, als es sonst der Fall ist. In dieser Hinsicht machen wir auf die Arbeiten von Milian aufmerksam, der eben bei Schmiertouren Bismut intern ordiniert, um die Stomatitis zu verhindern.

Die Kombination Trepol-Schmierkur finden wir besonders indiziert bei Nachkuren der seronegativen Fälle, welche bereits mit Salvarsan ausreichend behandelt wurden.

Nach diesen Erfahrungen halten wir uns berechtigt, das Trepol als ein mächtiges Antisyphilitikum empfehlen zu können. Wir sind nicht geneigt, Wundermittel in der Medizin zu suchen, und sehen auch in diesem Präparat nur eine neue gute und verläßliche Waffe, die wir freudig in unserem Arsenale begrüßen. Wir sind keinesfalls geneigt, die altbewährten Mittel zu vernachlässigen, doch wir schätzen auch den Umstand, daß wir wieder einmal ein gutes spirochätotropes Depotmittel gewonnen haben. Die Depotbehandlung wurde durch die intravenösen Methoden stark vernachlässigt, und wir glauben, daß dies mit Unrecht geschehen ist.

Das Trepol allein wird uns gute Dienste leisten überall dort, wo Salvarsan und Quecksilber bereits öfters angewendet wurden und ihre Wirkungsfähigkeit dadurch geschwächt ist. In erster Reihe da, wo aus verschiedenen Gründen das Salvarsan kontraindiziert ist. Wir konnten für Trepol eigentlich keine Kontraindikation finden, da wir wirkungsvoll selbst nephritische und ikterische Luetiker behandelten, ohne eine geringste Schädigung konstatieren zu können.

Was metaluetische Erscheinungen anbelangt, so konnten wir bei einer Tabes, welche trotz wiederholter Salvarsan- und Quecksilber-Kur Schritt für Schritt schlechter wurde, eine auffallende Besserung unmittelbar nach Trepol konstatieren. Das bedeutet zwar nicht viel im allgemeinen — aber jeder behandelnde Arzt wird es zu schätzen wissen, was ein solches Faktum für den intelligenten Kranken bedeutet, der verzweifelt nach den bisherigen Erfahrungen hilflos hiersteht. Die Besserung (resp. Abschaffung der qualvollen Schmerzen) besteht jetzt fast ein Jahr.

Von den übrigen Tabes- und Paralysefällen kann so viel gesagt werden, daß die Kranken sich in Remissionstadien befinden — also ein Erfolg jedenfalls — worin wir Scherber nur beistimmen können. Als die zweckmäßigste Form der Behandlung scheint uns die Kombination von Trepol-Neosalvarsan.

Bei den gummösen Formen ist Salvarsan dem Trepol überlegen. Die komplett positive WR der hereditären Lues bleibt durch Trepol unbeeinflußt.

Einwandfrei über die Verläßlichkeit der Wirkung eines Antisyphilitikums kann man natürlich nur nach einer langen Erfahrung berichten. Niemand kann von einem Mittel, welches er ein oder zwei Jahre be-

Digitized by Google

obachtet, behaupten, daß er damit die Syphilis ausheilt. Jedoch die bis jetzt erreichbaren Bedingungen: die starke toxische Wirkung den Spirochäten gegenüber, mächtige Beeinflussung der WR und die Rezidivlosigkeit der Fälle in einer so hohen Prozentzahl bei fast vollkommener Unschädlichkeit des Mittels — das sind jedenfalls empfehlende Momente.

In der letzten Zeit wurden mehrere Bismutpräparate in den Handel gesetzt, von denen die meisten an unserer Klinik geprüft werden. Wir müssen erklären, daß von allen das ursprüngliche „Trepol" das beste und wirksamste ist, so daß wir in der allgemeinen Therapie immer wieder zu diesem Präparat zurückkehren.

Das Neotrepol (Suspension von reinem Bi-Präzipitat in Wasser) steht in seiner Wirkung auf die Spirochaeta pallida stark hinter dem Trepol zurück. Noch schwächer werden die Pallidae durch das Muthanol (Ölsuspension von Bi-Hydroxyd nach Fourcade) beeinflußt. Dasselbe gilt vom Milanol nach Felke und Quinby (Quinio-Bismut nach Aubry). Alle diese Präparate sind zwar für die Praxis angenehmer, da die Injektionen fast schmerzlos sind; dafür ist ihre Wirkungskraft kaum größer wie die der guten Quecksilberpräparate. Wir sind der Ansicht, daß man von jeder Kategorie das Wirksamste in Präparat und Methode wählen soll, wenn man mit einer so ernsten Erkrankung zu tun hat, wie es eben die Syphilis ist — ohne Rücksicht zu nehmen, ob die Methode etwas mehr schmerzt.

In seiner Wirkung steht dem Trepol am nächsten noch das „Bismogenol" (Grimme und Deselears) — schmerzt weniger, ist aber auch schwächer. Für empfindliche Patienten ambulanter Praxis wäre es zu empfehlen.

Die Wirkung aller dieser Präparate auf die WR und ihre Kraft, Rezidive zu verhindern, können wir erst später beurteilen, da unsere Resultate sich erst über ein geringfügiges Material erstrecken, welches nur kurze Zeit in Beobachtung steht. Dasselbe gilt auch von dem Präparat, welches unter dem Namen „Tarbis" von Wiechowski hergestellt wurde und welches eigentlich fast identisch ist mit dem Trepol — mit dem Unterschiede, daß es sich hier um eine wässerige Lösung des Bismut-Natriumtartarats handelt. Tarbis wäre eigentlich in seiner Energie dem Trepol am nächsten (besser wie Bismogenol) — nur ist hier mit großer Vorsicht vorzugehen, da die Kranken gleich bei den ersten Dosen über starke Kopfschmerzen klagen und öfters 38°—39° aufweisen. Allerdings besitzen wir das Präparat erst ganz kurze Zeit, so daß wir nichts Entscheidendes darüber sagen können.

Literatur:

Balzer, C. R. de la Soc. de Biologie, 1889, Bd. 12, ref.: La Presse Medicale, 1922, Nr. 59. — Bloch, Kl. W., 1922, Nr. 38. — Deselears, Derm. W., 1922, Nr. 38. — Felke, M. m. W., 1922, Nr. 39. — L. Fournier und Guénot, Ann. de l'Institut Pasteur, 1922, Bd. 36, H. 1. — Fourcade, L'évolution médico-chir., März 1922. — Giemsa, M. m. W., 1922, Nr. 41. — Guszman und Pogány, Derm. W., Bd. 76, Nr. 6. — Grimme, Allgemeines über das Antilueticum Bismogenol. — Kolle und Ritz, D. m. W., 1919, Nr. 18. — Lacapère und Galliot, Bull. franç. soc. de derm. Ref. Derm. Zbl., Bd. 6, Nr. 3—4. — Levaditi, La Presse Medicale, 1922, Nr. 59. — Lehner und Radnai, Derm. W., 1922, Nr. 42. — Müller, M. m. W.,

Digitized by Google

1922, Nr. 15, 48. — Manie und Foucarde, Ann. de l'Institut Pasteur, 1921, Bd. 36, Nr. 1. — Robič, Lijecnicki Vjesnik, 1922, Nr. 4. — Santon und Robert, Ann. de l'Institut Pasteur, 1916, Bd. 30, H. 1. — Sazerac und Levaditi, Ann. de l'Institut Pasteur, 1922, Bd. 36, H. 1. — H. Schmidt, Ref. über Antimon. — Sedlák, C. Dermatologie, Bd. 4, Nr. 1. — Scherber, W. m. W., Bd. 72, Nr. 45—48. — Tsuzuki, Antiluetin etc., D. m. W., 1913, Nr. 13. — Wenniger, Acta derm.-vener., 5. III., Bd. 1—2. — Referate in Presse Medicale, 1921, Nr. 48, 65, 88, 93, 97, 101, 1922, Nr. 3, 4, 6, 7, 15, 21, 46, 48, 54, 55, 59.

Über eine Kombination von nichtgonorrhoischer und gonorrhoischer Urethritis.

Von

Dr. Ulrich Saalfeld in Berlin.

Am 18. VIII. 1922 konsultierte mich der 32jähr. Ingenieur J. v. D. mit der Angabe, er bemerkte seit früh Ausfluß aus der Harnröhre. Suspekter extramatrimonieller Koitus am 11., ehelicher am 15. VIII. Eine venerische Infektion durch die Gattin schien unwahrscheinlich, wohl aber hatte der Verkehr mit ihr unmittelbar post menses stattgefunden. Pat. selbst hatte nach dem ersten Koitus energische Prophylaxe getrieben (Samariter). Subjektiv bestand kein Schmerz beim Wasserlassen, objektiv mäßiger grauweißlicher Fluor von dem bei der nichtgonorrhoischen Urethritis üblichen Aussehen. Orificium urethrae o. B. Der mikroskopische Abstrich ergab Go. —, Ek. +, Ep. +; Bakterien: Monokokken, vereinzelt Diplokokken, nicht semmelförmig, meist extrazellulär. Der erste Urin war leicht trübe, der zweite klärte sich auf Essigsäurezusatz etwas, aber nicht vollständig. Am 19. VIII. hatte der Fluor ohne Behandlung nachgelassen, die Zahl der Eiterkörperchen war erheblich zurückgegangen, so daß ich nach dem bisherigen klinischen Verlauf und den mikroskopischen Befunden die Diagnose Urethritis non gonorrh. stellen zu können glaubte und den Patienten, da auch ohne Therapie diese Fälle erfahrungsgemäß in 2—3 Tagen heilten, aus der Behandlung entließ, mit der Weisung, falls er etwas Besonderes bemerkte, mich wieder aufzusuchen. Am 23. VIII. suchte Patient mich von neuem auf. Inzwischen hatte kein Verkehr stattgefunden. Es bestand seit zwei Tagen diesmal typischer, dickeitriger, gonorrhoischer Fluor. Mikroskopisch Go. +, Ek. ++, Ep. + (Gramfärbung). Auffallend war, daß sich, obwohl es sich um eine verhältnismäßig frische unbehandelte Infektion handelte, nicht sehr reichlich Gonokokken fanden, dagegen aber mehr Epithelien als gewöhnlich. Urin I trübe, II klar und frei. Behandlung: Janet-Spülungen und Spritzen mit Albargin. Im Verlauf traten am 4. IX. noch einmal Gonokokken auf, sonst stets gonokokkenfrei. Der zweite Urin war am 11. IX (leichter Grippeanfall) und am 14. IX. trübe, war dann aber — ohne Behandlung der hinteren Harnröhre — stets klar. Prostata normal (18. IX.). Am 28. IX. Behandlung ausgesetzt. Provokation mit Knopfsonde und Arthigon. Hierbei traten wieder Bakterien — Kokken und kurze plumpe Stäbchen —, die während der Behandlung verschwunden waren, auf. Am 5. X. geheilt entlassen.

Patient, der mehrfach im Felde schwer verwundet worden war, ist nach eigener Angabe schwerer Neurastheniker. So litt er u. a. lange unter der Vorstellung, Epileptiker zu sein. Ferner gab Patient auf Befragen an, zu häufigen Katarrhen der Schleimhäute zu neigen, sowie häufig trüben Urin zu haben, der aber auf Zusatz von Essigsäure, und zwar in größerer Menge, sich klärte (Phosphaturie). So beruhte möglicherweise die von mir vermutete Mitaffektion der hinteren Harnröhre am 11. und 14. VIII. auf Phosphaturie.

Wir sehen also eine Woche nach einem Koitus mit energischer Prophylaxe bei einem Neurastheniker mit Phosphaturie und Neigung zu Schleimhautaffektionen zunächst eine zwei Tage dauernde nichtgonorrhoische Urethritis auftreten, der nach zwei Tagen, also erst zehn Tage post infectionem eine Gonorrhoe folgte. Diese Anamnese entspricht dem Bilde der jetzt so häufig beobachteten nichtgonorrhoischen Urethritis, die anschließend an einen Koitus, häufig mit längerer Inkubation als bei der Gonorrhoe ohne subjektive Beschwerden mit dem mikroskopischen und klinischen Befunde wie beschrieben auftritt. Jadassohn schreibt: „Die Gonokokken sind wohl ausnahmslos vom ersten Augen-

Digitized by Google

blick der Erkrankung an im Sekret nachweisbar (nur HARMSEN hat sie in dem reineitrigen Sekret der Vulvovaginitis vermißt)", und wenn er einige Seiten weiter schreibt: „Gelegentlich wird auch angegeben, daß zunächst eine seröse oder selbst eitrige Exsudation ohne Gonokokken besteht (s. oben)", so scheint er auf HARMSEN Bezug zu nehmen, so daß man aus seinen beiden Äußerungen keinen Widerspruch zu konstruieren braucht. Außerdem müßte man annehmen, daß, wenn die Gonorrhoe zunächst mit einem gonokokkenfreien Ausfluß auftritt, dieser in einen gonokokkenhaltigen übergeht, aber nicht, daß ein gonokokkenfreier Ausfluß zunächst auftritt, dann ohne Behandlung völlig zurückgeht und daß dann nach zwei Tagen erst der gonokokkenhaltige Ausfluß zum Ausbruch kommt. Wir müssen schon mit einer Krankheit sui generis rechnen.

Die jetzt häufiger bemerkte Urethritis non gonorrhoica wird bedingt durch den Reiz des (evtl. exzessiv ausgeführten) Koitus (Überreizungstripper), die der Disposition der Schleimhaut des Patienten evtl. nicht adäquate Prophylaxe, sowie unabhängig vom Koitus durch andere anstrengende Momente (ich hatte z. B. Gelegenheit, unlängst einen Fall zu beobachten, bei dem nach Beginn von Reitunterricht eine nur wenige Tage dauernde Urethritis non gonorrhoica auftrat). Ähnliche Befunde, allerdings zumeist im Zusammenhang mit nichtgonorrhoischen Prostataaffektionen, sind schon in den 90er Jahren bei Radfahrern erhoben worden (BERG, HOGGE, JORIN, MILLÉE und MÉNIÈRE). PETIT weist darauf hin, „daß sich solche Vorkommnisse nur bei noch nicht geübten Velocipedisten ... finden" (also ebenfalls auf ungewohnter Anstrengung beruhen). Doch scheint auch in diesen Fällen stets ein länger dauernder Krankheitsprozeß vorzuliegen. Erwähnenswert ist die gewöhnlich länger als bei der Gonorrhoe dauernde Inkubationszeit, wenn ein Zusammenhang mit einem Koitus vorliegt. Dieses Bild weicht von den Schilderungen der etwas älteren Literatur durchaus ab. Wir sehen hier zwei Arten der nichtgonorrhoischen Urethritis, einmal die von WÄLSCH in seiner klassischen Arbeit festgelegte, die zwar auch, soweit ein Zusammenhang mit einem Koitus besteht, eine lange Inkubationszeit bietet, aber ganz im Gegensatz zu den jetzt zur Beobachtung kommenden Fällen in bezug auf Heilung und Dauer der Erkrankung eine äußerst ungünstige Prognose darstellt. Die andere Form, die chemische oder traumatische, tritt stets schon nach Stunden nach dem Insult auf. Die Prognose ist günstig. Heilung nach 48 Stunden bis 10 Tagen. Diese beiden Formen hat KÖNIGSTEIN festgelegt, vor ihm schon WÄLSCH und BOCKHART. Daß Leute, die zu Katarrhen der Schleimhäute neigen, besonders für Urethritiden disponiert sind, ist eine Erfahrung, die ich öfter zu machen Gelegenheit hatte. Des weiteren war mein Patient Neurastheniker und litt an Phosphaturie. Die korpuskulären Bestandteile des Harns bei der Phosphaturie wirken als Traumen und begünstigen die Entstehung einer Urethritis. Auf den Zusammenhang zwischen Phosphaturie und Neurasthenie wird von den verschiedensten Autoren hingewiesen (FREUDENBERG, DELBANCO u. a.). WÄLSCH bestreitet das Vorkommen von Phosphaturie bei Urethritis non gonorrhoica auch bei Vorliegen einer Neurasthenie. Wir sehen also zunächst eine nichtgonorrhoische Urethritis auftreten bei einem Patienten, der durch Anfälligkeit der Schleimhäute, Phosphaturie und Neurasthenie besonders disponiert erscheint. Handelt es sich wirklich um eine nichtgonorrhoische Urethritis? JADASSOHN sagt (wie schon oben erwähnt), daß die Gonokokken wohl ausnahmslos vom ersten Tage an sich im Sekret finden. Diese Tatsache konnte nicht konstatiert werden; also können wir sagen, daß es sich, zumal vor dem Auftreten gonokokkenhaltigen Eiters zwei Tage klinischer Gesundheit vorlagen, nicht um eine Gonorrhoe handelte. Also handelte es sich um eine Urethritis non gonorrhoica! Hier kommen wir mit den Forderungen WÄLSCHS und den noch strengeren BARLOWS in Konflikt. Beide Autoren verlangen in einer Reihe von aufeinanderfolgenden Untersuchungen Gonokokkenfreiheit. Das geschieht aber vor allem, um irgend welche latente und chronische Gonorrhoen auszuschließen, was ich nach Anamnese und sonstigen Befunden ebenfalls tun konnte.

Es muß noch kurz auf den Bakterienbefund in der Harnröhre eingegangen werden. Es läßt sich meines Erachtens schwer entscheiden, inwiefern den Bakterien eine Mitwirkung beim Entstehen der Urethritis zugeschrieben werden kann, bzw. ob sie nicht als rein saprophytär aufzufassen sind. Ich möchte mich in diesem Falle mehr der letzten Ansicht anschließen, da sie, ohne Erscheinungen hervorzurufen, noch nach Ablauf auch der Gonorrhoe festzustellen waren. Da keine kulturellen Untersuchungen vorliegen, kann ich über die beobachteten Bakterien keine weiteren Angaben machen. Über die nachfolgende Gonorrhoe ist nur zu sagen, daß sie unter milder Behandlung einen unkomplizierten Verlauf nahm und in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Heilung

Digitized by Google

kam. Wir sehen also hier nicht den nachteiligen Einfluß, den sonst der (chronisch) irritative Katarrh auf eine beginnende Gonorrhoe auszuüben pflegt.

Ziehen wir nun noch die Möglichkeit der anderen Anamnese in Betracht, daß die Infektion durch die Gattin erfolgt ist, so ändert sich der Fall dahin, daß die Inkubationszeit sich um vier Tage verkürzt, andererseits als auslösendes Moment nicht das chemische — die Prophylaxe —, sondern vielleicht das bakterielle in Frage kommt — der Koitus hatte unmittelbar post menses stattgefunden —, so ändert sich der Typ des Beginns der Krankheit nicht wesentlich.

Es handelt sich bei einem 32jähr. Mann der gebildeten Stände (Wälsch), der nach verschiedener Richtung hierzu disponiert erscheint. um eine Urethritis mit nichtgonorrhoischem Beginn nach sieben- evtl. dreitägiger Inkubationszeit. Heilung ohne Behandlung nach zwei Tagen; nach weiteren zwei Tagen, ohne daß ein Kongressus stattgefunden hätte, Auftreten einer gonorrhoischen Urethritis mit mildem Verlauf von verhältnismäßig günstiger Dauer. Jedenfalls erscheint die Inkubationszeit der Gonorrhoe hinausgeschoben. Mag man nun zu meiner Ansicht stehen, daß es sich um eine der jetzt so häufigen nichtgonorrhoischen Urethritiden mit kurzem Verlauf von noch unklarer Ätiologie handelt, der nach zwei klinisch freien Tagen eine Gonorrhoe nachfolgte, oder mag man der Ansicht sein, daß es sich von vornherein um eine Gonorrhoe mit einer nichtgonorrhoischen Vorphase handelte, jedenfalls sehen wir ein ungewöhnliches Krankheitsbild, das mir der Beachtung wert erscheint. Vor allem ist darauf hinzuweisen, daß auch ein mehrmaliger negativer Gonokokkenbefund bei frischen Infektionen eine Gonorrhoe nicht ausschließt.

Ein zweiter ähnlich beginnender Fall mit sogar 14tägiger Inkubationszeit entzog sich leider nach Einleitung der antigonorrhoischen Behandlung meiner Beobachtung, so daß ich über ihn nichts Näheres berichten kann.

Ein neuer Apparat für intravenöse Injektionen.

Von

Dr. Josef Rudolf Thim in Wien.

Mit 1 Abbildung im Text.

Soll ein intravenöser Injektionsapparat den gestellten Anforderungen wirklich entsprechen, so muß er folgende Vorzüge besitzen:

a) Die Injektionskanüle soll in die gleiche Ebene der Vene gebracht werden können;

b) die Kanüle soll nach dem Einstich in die Vene axial leicht vorgeschoben werden können;

c) im Lumen der Vene sich befindend, keine seitlichen Verschiebungen erleiden, um nicht die Venenwand zu verletzen.

Um allen diesen Anforderungen zu entsprechen, wurde ein Zwischenansatz geformt, auf dessen Konus eine jede Rekordkanüle paßt und bei welchem alle physiologischen Momente der praktischen Anwendung in Betracht gezogen wurden.

Die Abbildung zeigt eine Ausführung des Injektionsapparates[1]), bei welchem Kanüle, Ansatz, das elastische Glas-Gummirohr und Klemme ersichtlich sind.

Die mittelstarke, 3—4 cm lange, sehr scharf, kurz geschliffene Injektionskanüle sitzt in einem leichten Winkel mit einem von rückwärts nach vorn keilförmig stärker werdenden, halbmondförmigen, mit Seitenleisten versehenen Griff auf, der nach unten flach, der Kanüle zu abgerundet, nach oben zu beiden Seiten mit einem gröbere Einkerbungen tragenden Dellenansatz ausgestattet ist und an der entgegengesetzten Seite eine Olive trägt, welche durch ein Gummiglasrohr mit dem Ansatzkonus einer Injektionsspritze verbunden werden kann. Die Querleiste des metallischen Zwischenansatzes dient zur Sicherung der Lagerung.

---

[1]) Zu beziehen durch Karl Reiner, Wien IX, Mariannengasse 17.

Digitized by Google

Die Haltung des Ansatzes ist eine axiale, d. h. sie fällt zusammen mit der Einstichbewegung der Hand und des Unterarmes, wodurch der Dexterität besonders Rechnung getragen wurde.

Bei Anlegung der Injektionsspritze bleibt die Hohlnadel in der Vene ruhig liegen und macht die Seitenbewegungen der Spritze nicht mit.

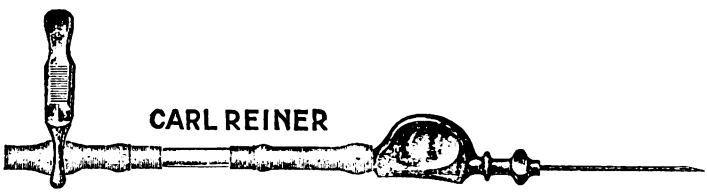
Die Vorteile dieses Injektionsapparates sind:

a) Durch die eigenartige Ausbildung des Zwischengriffes ist es möglich, die Längsrichtung der Kanüle und Spritze in die axiale Einstichrichtung der Hand und des Unterarmes zu legen.

b) Die Injektionskanüle kann in die Ebene der gestauten Vene leicht verlegt werden, da die Kanüle unter einem leichten Winkel mit dem Griff vereinigt ist und infolge des halbmondförmigen Griffes die Fingerspitzen nicht vorstehen.

c) Durch die keilförmige Ausarbeitung des Griffes finden die Finger beim Einstechen gegen den Widerstand der Haut einen Halt.

d) Infolge des elastischen Zwischenrohres, welches durch eine Klemme verschlossen wird, geschieht der Venenstich ohne gleichzeitige Ansetzung der Injektions-



spritze, wodurch die Dexterität, entgegen dem starren System, außerordentlich erleichtert wird.

e) Durch die Anwendung der Klemme ist jede Assistenz entbehrlich; sie wird auf dem distalen Schlauchende vor dem Veneneinstich angelegt und erst nach Ansetzung der Injektionsspritze gänzlich entfernt; nach erfolgter Injektion wieder angelegt, worauf die Spritze abgenommen und der Injektionsapparat samt der Kanüle mit einem Zug entfernt wird.

f) Der Injektionsapparat ist auch für eine gleichzeitige Blutentnahme geeignet, indem man, die Klemme entfernend, den Blutstrom aus dem Gummi-Glasrohr beliebig herausfließen läßt. (Man kann den Injektionsapparat auch für selbständige Venaepunktionen verwenden, indem man das Zwischenstück ohne Glas-Gummirohr verwendet.)

g) Während des ganzen Vorganges kann die größte Reinlichkeit eingehalten werden.

h) Die richtige Lage der Kanüle in der Vene ist ohne weiteres kontrollierbar, indem man durch Druck auf die Klemme das Glas-Gummirohr etwas lüftet, worauf bei gestauter Vene der Blutstrom im Glasrohr ersichtlich wird, ein Vorteil, der bei der Anwendung von dunkler Silbersalvarsan-Lösung sehr erwünscht ist.

i) Eine Luftembolie ist ausgeschlossen, da die Luftblasen im Glasrohr ersichtlich sind und kleinere Luftblasen im Gummi-Glasrohr verbleiben.

j) Metallansatz und Glas-Gummirohr können durch Auskochen ohne weiteres sterilisiert werden.

k) Gummi und Glasrohr werden durch Seidenfäden an den Krempen des Glasröhrchens und an den Oliven fest verbunden, so daß ein Abschnellen des Gummiröhrchens infolge der Auskerbung des Glasröhrchens während des Injektionsdruckes nicht vorkommen kann.

l) Kurz vor der Injektion, nach Entfernung der Klemme, läßt sich die richtige Lage der Venenkanüle durch Aspiration des Blutstromes noch einmal kontrollieren.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Ein Fall generalisierter Vakzine nach spontaner Infektion. Beobachtungen über Impfverhältnisse und Impfschutz während einer Pockenepidemie im Jahre 1917, von Althoff-Warendorf. (M. Kl., 1923, Nr. 9.) Ein 14jähr. Knabe erkrankte im Anschluß an die Impfung eines 2jähr. Kindes, mit dem er das Bett teilte, an generalisierter Vakzine, und zwar ohne lokalisierte Pustel, sondern nach analog den echten Pocken, durch Verbreitung des Virus im Körper auf dem Blutwege. Da er 2 Jahre zuvor mit Erfolg geimpft war, hatte er nur eine kurzdauernde oder überhaupt keine Vakzineimmunität erlangt. Auch an Beobachtungen einer Pockenepidemie zeigt sich der zeitlich begrenzte Schutz der Pockenimpfung, deshalb ist unbedingt an der Wiederimpfung und der Schutzimpfung von Gefährdeten bei Ausbruch von Pocken festzuhalten. E. Levin-Berlin.

Zur intrakutanen Pockenimpfung, von C. Frankenstein-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 51, S. 1700—1701.) Die Nachprüfung der von Leiner und Kundratitz empfohlenen intrakutanen Pockenimpfung ergab, daß sie bei gleichem Enderfolg (Immunität) die Nachteile der kutanen Impfmethode vermeidet. Sie ist ihr bei der Impfung von Neugeborenen oder jungen Säuglingen überlegen, da stets ein positives Resultat erzielt wird und beweist ferner, daß die Immunität gegen Pockenlymphe nicht an das Auftreten von Impfpusteln gebunden ist. F. Harry-Wiesbaden.

Die Milderung des Impfzwanges durch Einführung der Gewissensklausel, von A. Grotjahn-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1616—1617.) Verf. wendet sich gegen die „zum Dogma erstarrte Anschauung", daß die Pockenepidemie lediglich durch den Impfzwang zum Verschwinden gebracht worden sei. Er glaubt, daß der kulturelle Aufstieg der westeuropäischen Nationen die Seuchen ferngehalten hat. In England ist die sog. Gewissensklausel eingeführt, d. h. die Eltern unterschreiben bei der Geburt des Kindes ein Formular zwecks Befreiung von der Impfung. Die Folge davon ist, daß heute nur noch die Hälfte aller Kinder geimpft wird. Die Zahl der Pockenerkrankungen hat nicht zugenommen. Verf. ist der Ansicht, daß in unserer Zeit der zunehmenden Sozialisierung ein staatlicher Impfzwang nicht mehr angebracht ist, zumal die Impfung nicht immer ohne Schäden vollzogen werden kann. Er empfiehlt daher auch für Deutschland die Einführung der Gewissensklausel und die Haftpflicht des Reiches für nachgewiesene Impfschäden. F. Harry-Wiesbaden.

Bemerkungen zu dem Grotjahnschen Aufsatz, von H. A. Gins-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1619—1621). Die Pockenstatistik des Jahres 1835 und des Jahres 1875 beweisen die Wirksamkeit der Impfung. Die Tatsache, daß 95% aller Todesfälle auf Leute über 40 Jahre entfallen, während sie früher mehr als 90% Kinder unter 10 Jahren betrafen, kann nicht durch hygienische Verbesserungen, sondern nur durch die aktive Immunisierung der ganzen Bevölkerung erklärt werden. In Oesterreich herrschte 1915 eine Epidemie, die erheblich umfangreicher war als die 1919 in Deutschland. England ist seit Aufhebung des Impfzwanges nicht mehr pockenfrei. In der Schweiz ist die Zahl der Pockenerkrankungen recht groß. Das vermehrte Auftreten der Pocken in mehreren europäischen Ländern sollte uns veranlassen, den Impfzwang weiter bestehen zu lassen. F. Harry-Wiesbaden.

Die Gefahren der Aufhebung des Impfzwanges, von F. Prinzing. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1618—1619.) Verf. gibt zu, daß die Pockensterblichkeit auch in Ländern ohne oder mit schlecht durchgeführtem Impfzwang abgenommen hat, jedoch nicht in dem Maße wie in Deutschland. Die in den Jahren 1917—1921 von Ausländern eingeschleppte Pockenepidemie hätte sicherlich größeren Umfang angenommen, wenn die Bevölkerung keinen vollkommenen Impfschutz gehabt hätte. Einen Beweis dafür bietet die Schweiz, wo im Jahre 1921 in Basel eine Epidemie ausbrach, die sich nach allen Kantonen ohne Impfzwang ausbreitete. Auf 100000 Einwohner kamen 15,2 Erkrankungen, während in Deutschland im schlimmsten Jahre (1919) die Ziffer nur 7,9 betrug. In

Digitized by Google

London blieb um 1900 ein Drittel der Kinder ungeimpft. Die Quittung dafür war die Pockenepidemie von 1901—1903. Die Einführung der Gewissensklausel in Deutschland würde die größten Gefahren im Gefolge haben. F. Harry-Wiesbaden.

Impfzwang oder Gewissensklausel, von L. v. Liebermann-Budapest. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 122.) Verf. tritt für Beibehaltung des Impfzwanges ein. Er führt die guten Erfahrungen Stanleys mit der Pockenimpfung am Kongo und mehrere Einzelbeobachtungen an und weist auf die großen internationalen Gefahren nach etwaiger Beseitigung des Impfzwanges hin. F. Harry-Wiesbaden.

Milderung des Impfzwanges, von Kantor-Warnsdorf. (D. m. W., 1923, Nr. 5, S. 156—157). In der Tschechoslowakei breiteten sich die Pocken hauptsächlich in den Bezirken aus, in denen kein Impfzwang besteht. Besonders an der deutschen Grenze ist die Zahl der Pockenerkrankten groß. Eine Aufhebung des Impfzwanges würde die Einschleppung der Seuche aus der Tschechoslowakei nach Deutschland zur Folge haben. F. Harry-Wiesbaden.

Impfzwang und Blatternerblindung, von C. v. Hess-München. (D. m. W., 1923, Nr. 1, S. 21.) In den Ländern ohne Impfzwang ist die Zahl der Blatternblinden sehr hoch im Gegensatz zu den Ländern mit Impfzwang, in denen sie fast Null beträgt. Nach Ansicht des Verf. würde nach Einführung der Milderung des Impfzwanges die Zahl der Blinden in Deutschland beträchtlich zunehmen. F. Harry-Wiesbaden.

Die Pockenepidemie in der Schweiz 1921—1922. Ein Beitrag zur Beurteilung der Gewissensklausel, von G. Sobernheim. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 122—124, und Nr. 5, S. 155—156.) Die Zahl der amtlich gemeldeten Pockenfälle betrug im Jahre 1921 596, im Jahre 1922 872. Im Gegensatz zu der hohen Erkrankungsziffer betrug die Zahl der Todesfälle nur 9. Die Pocken traten hauptsächlich in den Kantonen auf, die keine obligatorische Impfung haben, und dort hauptsächlich bei Jugendlichen. In den Kantonen mit Impfzwang wurden fast nur die höheren Altersklassen von Pocken befallen. Von 1128 Fällen, in denen der Impfzustand bekannt war, entfallen 1028 auf Ungeimpfte und nur 100 auf Geimpfte. Nur ein Todesfall trat bei Geimpften auf. Die übrigen sieben Todesfälle beziehen sich auf Nichtgeimpfte. Die hygienischen Maßnahmen allein haben die Ausbreitung der Pockenepidemie nicht verhindern können. Auf Grund der Erfahrungen bei der Pockenepidemie in der Schweiz lehnt Verf. die Einführung der Gewissensklausel ab. F. Harry-Wiesbaden.

„Hämorrhagische" Varizellen („Haemorrhagic" Chicken-pox), von W. Mc C. Wanklyn-London. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3229, S. 977.) Kurzer Bericht über ein 3jähr. Mädchen, bei dem ohne Fieber oder sonstige Störungen sich im Laufe von zwei bis drei Tagen eine Aussaat von annähernd 150 varizellenartigen Läsionen über den ganzen Körper verstreut entwickelte, von denen die meisten alsbald im Bläscheninhalt und auch in der Umgebung der Vesikeln hämorrhagische Erscheinungen darboten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Varizellen und ultraviolette Strahlen, von A. Reiche-Braunschweig. (M. m. W., 1923, Nr. 12, S. 360.) Ausgedehnte Versuche an Varizellenkindern konnten die Mutmaßung Sacks, daß Bestrahlung mit ultraviolettem Licht die Windpocken (ungünstig) beeinflusse, nicht bestätigen. Für Schwere der Varizellen ist ein Zusammentreffen dieser Erkrankung mit bestimmten anderen krankhaften Veränderungen des Körpers verantwortlich zu machen. In erster Linie kommen da in Frage: Lues congenita, Tuberkulose und Diphtherie. A. v. Notthafft-München.

Zur Masernprophylaxe nach Degkwitz, von Zimmermann-Greifswald. (D. m. W., 1922, Nr. 51, S. 1701). Die Beobachtungen von Degkwitz, die im allgemeinen mit denen des Verf. übereinstimmen, werden dahin erweitert, daß auch Kinder bis zum elften Lebensjahre, ferner auch nach dem sechsten Inkubationstage durch Masernrekonvaleszentenserum vor Ausbruch der Krankheit geschützt werden können. F. Harry-Wiesbaden.

Neuere Forschungen über die Masern (Recherches récentes sur la rougeole), von P.-L. Marie. (Presse méd., 1922, Nr. 42 u. 66.) Es werden die gesamten deutschen, amerikanischen und französischen Arbeiten über Masernprophylaxe durch Injektion von Rekonvaleszentenserum oder durch Impfung mit Nasenrachensekretmischungen von Masernkranken durchgesprochen, vor allem die Arbeiten von Degkwitz. Bei den Tierversuchen hat sich gezeigt, daß eine Masernübertragung auf Affen in einzelnen Fällen gelang, nie aber auf Kaninchen und Meerschweinchen. A. de Lemos-Hamburg.

Historische Übersicht über experimentellen Scharlach beim Menschen (The History of Experimental Scarlet Fever in Man), von L. Hektoen-Chicago. (J. Am. m. Ass.,

Digitized by Google

1923, Bd. 80, Nr. 2, S. 84.) In Anbetracht der Leichtigkeit, mit welcher Scharlach unter natürlichen Bedingungen übertragen wird und des nicht seltenen Vorkommens von chirurgischem Scharlach ist das völlige Versagen der experimentellen Übertragungsversuche eine ganz merkwürdige Erscheinung, die noch der Lösung harrt. Die ausgedehntesten Versuche hat Dick-Chicago mit den verschiedensten Arten künstlicher Übertragung an Männern und Frauen im Alter von 18—35 Jahren vorgenommen: ohne jeden Erfolg.
M. Stern-München.

Über Wundscharlach, von Friedrich Port-Augsburg. (M. m. W., 1922, Nr. 49, S. 1691.) Kritische Besprechung mehrerer verschieden sicherer Fälle von Wundscharlach.
A. v. Notthafft-München.

Beitrag zur Frage des Wundscharlachs, von Otto-Radevormwald. (M. m. W., 1923, Nr. 10, S. 301.) Zwei einschlägige Fälle. A. v. Notthafft-München.

Der Erreger des Fleckfiebers und die Arbeiten der amerikanischen Mission (Le microbe du typhus exanthématique et les travaux de la mission américaine), von L. Nattan-Larrier. (Presse méd., 1922, Nr. 66, S. 721—723.) Die Arbeit enthält ein Referat über die Forschungsergebnisse der 1920 vom amerikanischen roten Kreuz nach Polen geschickten Kommission über den Erreger des Fleckfiebers; sie enthält viele Abbildungen von mikroskopischen Präparaten aus dem Darm der Fleckfieber erregenden Kleiderlaus. Im wesentlichen werden nur die von anderen Forschern, besonders Prowazek, erhobenen Befunde bestätigt. A. de Lemos-Hamburg.

Beitrag zur Erforschung des Fleckfiebervirus, von Helene Sparrow, Epidem. Instit. Warschau. (M. Kl., 1922, Nr. 36, S. 1155.) Das Fleckfiebervirus menschlicher Herkunft wurde an Meerschweinchen verimpft und erlangte binnen eines Jahres 22 Passagen. Das Tier wurde auf der Höhe der Erkrankung getötet, das Gehirn steril herauspräpariert und in Form einer Emulsion gesunden Meerschweinchen injiziert, die dann in der üblichen Weise erkrankten. Die Tiere, soweit sie nicht getötet wurden, blieben immun gegen eine wiederholte Impfung. Kaninchen, mit virulenter Hirnemulsion geimpft, gaben positive Weil-Felixsche Reaktion. Auch Affen, geimpft mit einer Emulsion der 16. und 17. Passage, blieben der späteren Infektion gegenüber refraktär, gesund. — Daraufhin entschloß sich Verf., an sich selbst die Virulenz des Meerschweinchenvirus zu erproben. 10 Tage nach der Injektion erkrankte sie. Die Krankheit nahm einen typischen, im allgemeinen leichten Verlauf. Also hat es sich gezeigt, daß Meerschweinchen mit Fleckfiebervirus menschlicher Herkunft tatsächlich an Fleckfieber erkranken, und daß der Virusstamm, im Laufe eines Jahres in Meerschweinchen gezüchtet, für Menschen pathogen bleibt.
A. de Lemos-Hamburg.

Über die Anwendung der Methode der Gewebskultur zum Studium des Flecktyphusvirus. Zur Frage der Kultivierung des Flecktyphusvirus, von A. A. Krontowski und J. W. Hach-Kiew. (M. m. W., 1923, Nr. 5, S. 144.) Bei aseptischer Aufbewahrung unter einer Temperatur von 38—39° C (in Ringerscher Lösung oder in Serum) der Milzstückchen flecktyphuskranker Meerschweinchen wird die Virulenz solcher Stückchen schon nach 24 Stunden bedeutend herabgesetzt; nach 2tägiger Aufbewahrung verursachte die Verimpfung der Milz kein einziges Mal eine einigermaßen deutliche Erkrankung. Alle Verimpfungen von Milzstückchen, die 3—5 Tage aufbewahrt waren, ergaben negative Resultate; bei Verimpfung des Gehirns fielen nach 5tägiger Aufbewahrung die Ergebnisse negativ aus. Durch Verimpfung 3—5tägiger wachsender Gewebskulturen aus der Milz kranker Meerschweinchen gelingt es, echten experimentellen Flecktyphus bei Meerschweinchen zu erzeugen. A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen bei drei Fällen von „Eruptionsfieber" (Ricerche su tre casi di febbre eruttiva), von P. Filippelli. (Policlinico, 1923, Nr. 9.) 1920 beschrieb Carducci eine neue Krankheitsform, welche durch einen besonderen Fiebertypus und eine besondere Hauteruption charakterisiert ist und die er „febbre eruttiva" nannte. Die Ätiologie ist unbekannt, die Hauterscheinungen bestanden in einem makulo-papulösen Exanthem, das aus linsengroßen, hellroten, auf Druck abblassenden Effloreszenzen besteht. Verf. hat nun anläßlich dreier von ihm beobachteter Fälle dieser Erkrankungsform alle möglichen klinischen Methoden in Anwendung gebracht, um einige Klarheit in diese dunkle, bisher wenig bekannte Krankheitsform zu bringen, aber alle seine Bemühungen blieben erfolglos. E. Freund-Triest.

Lepra.

Die Aussatzschau und ihre Folgen in der deutschen Schweiz und ihrer Nachbarschaft, von Alfred Martin-Bad Nauheim. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 3.) Die Aussatzschau, d. h. die Untersuchung auf Lepra verdächtiger Personen, wurde

Digitized by Google

teils von den Leprösen selbst, teils von anderen Laien und von Ärzten vorgenommen. Lange Zeit spielte die Untersuchung des Blutes und Harnes dabei eine große Rolle und führte zu vielen Mißgriffen. Die für aussätzig Erklärten wurden scharf von den Gesunden abgesondert, wurden jedoch, um ihren Lebensunterhalt zu erwerben, zum Betteln angehalten, das sie aber nur an bestimmten Tagen und in bestimmten Straßen ausüben durften. E. Levin-Berlin.

Die Meinickesche Reaktion bei Lepra, von Gershebin. (Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 1—2, S. 26.) Unter 32 Fällen von Lepra erhielt Verf. in 5 eine positive Meinickesche Reaktion, und zwar in 3 Fällen eine starke, in 2 eine schwache. Dementsprechend ergab die Meinickesche Reaktion in 15,6% Leprafällen ein positives Resultat, während die WR bei Lepra in 60,4% positiv ausfällt.

A. Jordan-Moskau.

Die großen Endemoepidemien der Kolonien. Die Lepra (Les grandes endémo-épidémies intercoloniales. La lèpre), von Neveu-Lemaire. (Presse méd., 1922, Nr. 75.) Eine außerordentlich starke Verbreitung zeigt sich in Indochina und Neukaledonien, obgleich die Krankheit hier erst vor verhältnismäßig kurzer Zeit eingeschleppt ist, während andere Kolonien, in denen sie offenbar schon längere Zeit besteht, in geringerem Grade ergriffen sind. Die Frage ist eine sehr wichtige, weil nicht nur die Eingeborenen, sondern auch die Weißen ergriffen werden, die dann unter Umständen, wie das beobachtet ist, nach Frankreich zurückkehren und unter der übrigen Bevölkerung leben. Mangels einer wirksamen Behandlung erscheint die Isolierung der Kranken als die wirksamste und auch anderwärts mit Erfolg durchgeführte Maßnahme. E. Levin-Berlin.

Tuberkulose.

Diagnostik und Therapie der Hauttuberkulose, von L. v. Zumbusch-München. (M. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1313.) Die sehr instruktive Übersicht ist für die Zwecke der ärztlichen Fortbildung geschrieben. A. v. Notthafft-München.

Hauttuberkulose und Lungentuberkulose, von S. Somoggi-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 49.) Bei 194 an Hauttuberkulose Erkrankten fand sich mittels Röntgen in 117 Fällen ein inaktiver, in 25 Fällen ein aktiver Lungenprozeß. Einige inaktive Fälle wandelten sich während der Beobachtung in aktive Form um. Lupus vulgaris auf die Schleimhaut übergegriffen, war fast immer mit Lungentuberkulose verbunden. In 75% der Fälle war ein Lungenprozeß vorausgegangen, und die Infektion geschah auf sekundärem Wege. Die Lunge war unter dem 10. Lebensjahr öfter angegriffen.

M. Porosz-Budapest.

Hauttuberkulose als Eingangspforte für Tuberkelbazillen und ihr Zusammenhang mit Nebenhodentuberkulose. Fachärztliches Gutachten von H. Hochstetter-Weingarten. (Zschr. f. Tbc., 1922, Bd. 37, H. 4, S. 362—363.) Verf. gibt die Krankengeschichte eines früher gesunden Mannes, der im Anschluß an eine Verletzung im Felde erst an Hauttuberkulose und später an beiderseitiger Nebenhodentuberkulose erkrankte und deshalb Antrag auf Anerkennung von Dienstbeschädigung machte. Da nachgewiesenerweise abgetötete Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut durchgehen können, hält Verf. eine Ausbreitung der Infektion von dem Hautgeschwür für sehr wahrscheinlich und spricht sich für Anerkennung von Kriegsdienstbeschädigung sowohl für die Haut- wie die Nebenhodentuberkulose aus. Die Möglichkeit eines anderen Infektionsmodus läßt er jedoch offen. G. Kapferer-Heidelberg.

Die Isolierung und Konservierung der Tuberkelbazillen mittels Glyzerin (The Isolation and Preservation of Tubercle Bacilli by Means of Glycerine), von C. C. Twort-Aberd. (The Lancet, 1922, Nr. 5180, S. 1221.) Als Mittel, säurefeste Bazillen aus Ansteckungsmaterial zu isolieren, ist für Tuberkelbazillen Glyzerin sehr wirksam und den bisher zu diesem Zwecke gebrauchten chemischen Mitteln weit überlegen. Tuberkelbazillen in Geweben, wie Lymphdrüsen, Leber, Milz, Lunge, in reinem Glyzerin aufbewahrt, bleiben Monate, möglicherweise Jahre lebend, in 50%iger Glyzerin-Salzlösung nicht länger als 2—4 Monate; bei Zimmertemperatur hingegen scheinen sie rascher abzusterben. Mit der Glyzerinanwendung mißlang kein einziges Mal die Isolierung der Tuberkelbazillen aus irgend einem Gewebe oder Flüssigkeit, wo sie mikroskopisch nachgewiesen worden sind; wenn genügend lange in Glyzerin gelassen, gibt es hierbei immer gleichmäßig gute Reinkulturen. M. Stern-München.

Zur Färbung des Tuberkelbazillus mit Fettfarbstoffen, von R. Lommatsch-Dresden. (Zschr. f. Tbc., Bd. 37, H. 2, S. 112—125.) Mit den üblichen Fettfärbever-

Digitized by Google

fahren können einzelne Tuberkelbazillen nicht dargestellt werden. Bei Trübungen mit Nilblau konnten in Bröckchen Einzelbazillen stets dargestellt werden; bei Ausstrichpräparaten bei mindestens einstündiger Einwirkung bei 37°. Da sich Kolibazillen ebenso färbten, kann Nilblau nicht als spezifischer Fettfarbstoff bezeichnet werden. Die damit gefärbten Tuberkelbazillen erwiesen sich als säurefest. Die damit darstellbaren Granula sind deshalb nicht als Lokalisationen der Fettsubstanzen aufzufassen, weil in gleicher Weise mit Fuchsin, Methylenblau oder Gentianaviolett behandelte Tuberkelbazillen die gleichen Bilder ergaben. Die beiden von Fischler und Smith-Dietrich empfohlenen Methoden zur Darstellung von Fettspaltungsprodukten oder lipoiden Substanzen (Modifikationen der Markscheidenfärbung von Weigert) erwiesen sich zur Darstellung des Tuberkelbazillenfettes als ungeeignet. H. Soltmann-Leipzig.

Die Beziehung des bakterizidiefesten Tuberkelbazillus zur Tuberkuloseimmunität, von Hidezo Toyoda und Yung-nen Yang-Mukden. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 7/8, S. 225—228.) Impft man tuberkulöse Tiere mit einer Aufschwemmung tuberkulösen Gewebes, so bilden sich an den Impfstellen der Reinfektion Ulzerationen wie bei der ersten Impfung, dagegen nicht bei Tieren, die mit Kulturbazillen reinfiziert wurden. Dieser Befund wird mit der Bakterizidiefestigkeit der Tuberkelbazillen erklärt, die sie im Drüsengewebe erlangt haben. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Immunität bei bakteriolysinfesten Tuberkelbazillen (On the Relation of Immunity with Bacteriolysinfast Tubercular Bacilli), von S. Toyoda und E. Yo-Mukden. (Jap. med. World, 1922, Bd. 2, Nr. 11, S. 316—317.) Durch Meerschweinchenimpfungen wollen die Verff. festgestellt haben, daß die Anschauung Robert Kochs, daß durch die Infektion mit Tuberkulose, meist in der Jugend, eine gewisse Immunität erworben würde, nicht richtig sei. Denn die einmal infizierten Tiere waren nicht immun gegen Reinfektionen, wenn diese mit Tuberkelbazillen des Tieres (Typus bovinus?) erfolgten. Diese Organismen besitzen große Resistenz. In einigen Fällen reichte die erworbene Immunität dieser Wiederimpfung gegenüber nicht aus und es kam — später als sonst üblich — doch zu einer Reinfektion. A. de Lemos-Hamburg.

Über Immunität gegen Tuberkulose, von F. Neufeld-Berlin. (Zschr. f. Tbc., Bd. 34, S. 312—328.) Verf. bespricht die bekannten über Immunität gegen Tuberkulose veröffentlichten Ansichten der verschiedenen Autoren und tritt für die Beibehaltung des Ausdrucks Immunität gegen Tuberkulose ein trotz zugegebener verschiedener Abweichungen von der sonstigen Auffassung des Begriffes Immunität. Richtig ist, daß die Tuberkuloseimmunität sowohl zeitlich (sie ist in den Versuchen an Rindern meist schon nach einem Jahr erheblich abgesunken) als auch quantitativ (sie schützt nicht gegen jede Infektionsmenge und nicht gegen vielfach wiederholte Zufuhr kleiner Mengen des Virus auf dem natürlichen Wege der Tröpfcheninfektion) beschränkt ist. Zwei Argumente werden zur Trennung von dem klassischen Begriff der Immunität weiter angeführt: 1. Die Widerstandsfähigkeit des Organismus soll nur ebenso lange anhalten, wie die durch die Immunisierung bewirkten krankhaften Veränderungen, d. h. nur der Tuberkulöse soll immun sein gegen Tuberkulose. 2. Der tuberkulöse Organismus besitzt zwar eine erhebliche Widerstandsfähigkeit gegen eine erneute Infektion, seine Immunität genügt aber nicht, um die erste Infektion zur Heilung zu bringen. Die erste Einwendung ist widerlegt durch die Versuche Roemers, die zeigten, daß mit homologem Serum eine passive Übertragung der Tuberkuloseimmunität möglich ist und somit diese, wie jede andere Immunität, auf spezifischen Reaktionsprodukten des Körpers beruht und nicht an das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes gebunden ist. Der zweiten Einwendung ist entgegenzuhalten, daß bei einer chronischen Infektionskrankheit die Immunität niemals einen so hohen Grad erreicht, daß die Erreger überall im Körper abgetötet, sondern nur einen solchen, daß sie in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Würden diese Infektionen zu einer starken soliden Immunität führen, so wären es eben keine chronischen, sondern akute Krankheiten und speziell die Tuberkulose wäre bei uns eine Kinderkrankheit wie die Masern. G. Assmann-Barmen.

Versuche einer passiven Übertragung der Tuberkuloseimmunität an Schafen, von F. Neufeld und Bruno Lange, Inst. Rob. Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., 1922, Bd. 98, S. 215—228.) Bei fünf gesunden Schafen, die mit dem Serum tuberkuloseimmuner Schafe behandelt wurden, ließ sich niemals ein vollkommener Schutz gegen iv. Infektion mit virulenter Perlsuchtkultur erreichen. Hingegen ist bei zwei spontan infizierten Tieren bei dem einen der Schutz der Erstinfektion gegenüber der Nachinfektion evident. Die Verff. sprechen sich dahin aus, daß bei Schafen eine Spontaninfektion mit Perlsucht zwar häufiger ist, als Roemer bei seinen passiven Immunisie-

Digitized by Google

rungsversuchen im Jahre 1910 berücksichtigt hatte, jedoch antituberkulöse Schutzstoffe im Serum der Tiere in gewissen Mengen und zeitweise auftreten können. Ihre Wirkungen können im Tierexperiment aber kaum zum Ausdruck kommen, immerhin können sie nach Ansicht der Verff. als Ursache des verzögerten Krankheitsverlaufes bei einigen Schafen ihrer Versuchsreihen in Frage kommen. F. Jacobsohn-Berlin.

Experimentelles zur Prüfung der Frage, inwieweit der Lupus auf humaner oder boviner Infektion beruht, von M. Kirchner, Inst. Rob. Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1922, Bd. 98, S. 447—481.) Literaturübersicht. Die Untersuchungen des Verf. selbst umfassen 35 Fälle. 12 (34,2%) Fälle mit negativem Ergebnis. 23 positive Fälle, davon 11 (47,83%) T. humanus und 12 (52,17%) Typus bovinus, während Rothe und Binoth (R. Koch 1910) und die englische Kommission (1907) einen weit geringeren Anteil des Typus bovinus am Lupus angaben. Wesentlich wahrscheinlich örtliche Verhältnisse für das überwiegende Vorkommen des Typus bovinus als Lupuserreger. F. Jacobsohn-Berlin.

Weitere Untersuchungen über künstliche Tuberkuloseimmunisierung, von H. Selter, Hyg. Inst. Königsberg i. Pr. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1922, Bd. 98, S. 113 bis 214.) Die sehr eingehenden, durch 13 Tabellen belegten Meerschweinchenversuche des Verf. sprechen für die Richtigkeit der Anschauung, daß Immunität gleichbedeutend ist mit chronischer, latenter Infektion ohne klinische Erkrankung. Es ist experimentell keine Immunität zu erzielen außer mit lebenden, genügend virulenten Bazillen. Als praktisch diesen Gesichtspunkt berücksichtigendes Präparat hat sich Verf. ein Impfstoff bewährt, der nur wenige, lebende Tuberkelbazillen und überwiegend aufgeschlossenes TB.-Protoplasma enthält. Letzteres wirkt als Aggressin für die ohne es nicht genügend wirksamen, wenigen Bakterien. Ebensowenig wirkt TB.-Protoplasma für sich allein. Die durch Infektion erreichte Immunität war bei stärker infizierten Tieren schon nach 5 Tagen erkennbar, noch deutlicher nach 10—15 Tagen. Mit bovinem Impfstoff vorbehandelte Meerschweinchen waren völlig immun gegen humane Reinfektion. F. Jacobsohn-Berlin.

Untersuchungen über die experimentelle Tuberkulose bei weißen Mäusen, von Bruno Lange, Inst. Rob. Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1922, Bd. 98, S. 229—242.) Nachprüfung und Bestätigung der Befunde von Roemer und Trommsdorf, daß tuberkuloseinfizierte Mäuse keine typischen Überempfindlichkeitserscheinungen besitzen, auch nicht bei Nachimpfung mit großer Bazillendosis und dicht unter der Dosis letalis stehender Tuberkulingabe. Auch die Untersuchungen des Verf., ob sich im Mäuseversuch eine Typentrennung humaner und boviner Stämme erzielen ließe, zeitigten ein negatives Resultat: ein Unterschied im Verhalten beider Stämme läßt sich im Mäuseversuch nicht feststellen. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Wirkung der Tuberkulosegifte auf den menschlichen Organismus, insbesondere auf die Schleimhäute. Die Kochsche Krankheit, von E. Schultz-Schreiberhau. (Zschr. f. Tbc., 1922, Bd. 37, H. 2, S. 100—107.) Zweiteilung der Tuberkulosekrankheit: 1. Kochsche Krankheits = Überempfindlichkeitsstadium durch Fernwirkung der Tuberkulosegifte auf den Gesamtorganismus. 2. Stadium der Lokalerkrankung der Organe = Organtuberkulose. Abhängig von Infektion, ob milde oder massige, und von Konstitution und Disposition. 3 Gruppen der Kochschen Krankheit: a) Allgemeinsymptome (Mattigkeit, anämische Zustände, Labilität des Nervensystems), b) Schleimhautsymptome (exsudative Diathesen, Lymphatismus, Entzündung neuro-allergischer Natur), c) spezifisches Symptom: der tuberkulöse Lokalaffekt (Lymphdrüsen! Tuberkulinimpfung!). Praktischer Wert der Zweiteilung: exaktere Diagnosenstellung, keine Verlegenheitsdiagnosen wie Blutarmut, Nervosität, ermöglicht Prognosestellung, gutartige Form. Drittens Wert für Behandlung. Für Kochsche Krankheit am zweckmäßigsten die bekannten physikalischen Maßnahmen, Liegekur kommt nur in zweiter Linie als Erholung in Betracht, Behandlung des Grundleidens und nicht nur der Symptome. H. Soltmann-Leipzig.

Die experimentelle Erzeugung der Halslymphdrüsentuberkulose durch orale und konjunktivale Infektion und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der übrigen Organe, insbesondere der Lungen, von Jos. Koch und W. Baumgarten. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 97, H. 3/4, S. 477—514.) Zahlreiche eingehende Versuche zeigen, daß durch Einträufelung einer Bazillenemulsion in die Mundhöhle bei Meerschweinchen und Kaninchen typische Halsdrüsen- und Lungentuberkulose erzeugt werden kann. Die Halsdrüsenerkrankung gleicht der menschlichen Tuberkulose oder Skrofulose. Es erkranken fast stets Submental-, Submaxillar- und die tiefen Halsdrüsen, letztere beim Meerschweinchen sehr ausgesprochen. Die pathologischen Befunde beweisen, daß ein

Digitized by Google

Teil der in die Mund- und Rachenhöhle eingeführten Bazillen schon im oberen Teile von der Mund- und Rachenschleimhaut resorbiert werden kann, und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen. Diejenigen der Mund- und Rachenschleimhaut führten ihre Lymphe über die Submental-, Submaxillar- und die tiefen Halsdrüsen durch den Ductus cervicalis in die Vena cava superior, weiter in das rechte Herz und von da in die Lunge. Eine Weiterleitung von Keimen auf direktem Wege von den Halslymphdrüsen zu den tracheo-bronchialen ist nicht möglich, da keine Verbindung besteht. Die experimentelle orale Infektion stellt einen Infektionsmodus dar, der der menschlichen Schmutz- und Schmierinfektion gleicht, vorausgesetzt, daß die Bazillen beim Menschen nicht sogleich verschluckt werden, sondern einige Zeit auf der Schleimhaut verweilen. Dasselbe Bild der Halsdrüsentuberkulose und die wahrscheinlich sekundär sich entwickelnde Lungenerkrankung entsteht, wenn die Infektion von der Augenbindehaut aus erfolgt. Auch unter natürlichen Verhältnissen dürften wohl die Tuberkelbazillen öfter als bisher angenommen durch die Schleimhaut des Augenbindehautsackes in den menschlichen Organismus gelangen. Bei Infektion der Augenbindehaut mit sehr geringen Bazillenmengen können die wenigen Keime die Drüsenfilter ohne sichtbare Infektion passieren und sich erst in den Lungen typische Tuberkuloseknötchen entwickeln. Die Lunge ist das Organ, in dem die Bazillen am besten haften, gleichgültig von welcher Stelle die Aufnahme erfolgt. Die Versuche mit der konjunktivalen Infektion haben mit Sicherheit bewiesen, daß eine isolierte Lungentuberkulose erzeugt werden kann, ohne daß der Mechanismus der Fütterung und der Inhalation dabei eine Rolle spielt. G. Assmann-Barmen.

Zur Frage der Giftempfindlichkeit der Haut tuberkulöser und tuberkulosefreier Menschen, von K. Zieler und H. J. Markert-Würzburg. (D. m. W., 1922, Nr. 50, S. 1672—1673.) Erwiderung auf die Arbeit von Selter in Nr. 2. Es wurden tuberkulöse und tuberkulosefreie Menschen mit Alttuberkulin, Trichosykon, Diphtherietoxin und Dysenterietoxin geimpft. Dabei ergab sich, daß tuberkulosefreie Menschen auf bakterielle Reizstoffe (Diphtherie-, Dysenterietoxin u. a. m.) ebenso verschieden stark und wechselnd positiv wie Tukerkulöse reagierten. Die Stärke der Hautreaktion nach Intrakutanimpfung mit Diphtherietoxinen usw. geht nicht der Stärke der Reaktion auf Alttuberkulin parallel. Das anatomische Bild ist das einer geringgradigen Entzündung, die bis in die Subkutis reicht, neben Nekrose der obersten Schichten des Koriums und Epithels. Tuberkulinhautimpfungen dagegen ergeben histologisch stets das typische Bild der Tuberkulose.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Spezifität der Tuberkulinreaktionen, von G. Tobias-Berlin-Lichtenberg. (Kl. W., 1922, Nr. 52, S. 2571.) Sowohl beim Tuberkulin wie bei der Impfung mit unspezifischen Eiweißkörpern gibt es eine Lokal-, eine Allgemein- und eine Herdreaktion. Die beiden Impfungsarten unterscheiden sich nur graduell, indem die unspezifische einen viel flüchtigeren Charakter hat; dieser Unterschied beruht wohl auf einer spezifisch, toxisch-bakteriellen Komponente des Tuberkulins. Mit beiden Methoden kann man aber auch unter bestimmten Umständen trotz klinisch nachweisbarer Tuberkulose ein negatives Resultat erhalten. Die therapeutischen Resultate speziell bei tuberkulösen Augenerkrankungen, insbesondere Iritis tuberculosa sind bezüglich Erfolge und Mißerfolge keine besonders voneinander abweichenden. E. Langer-Berlin.

Über die Kutanreaktion nach v. Pirquet mit verschiedenen Tuberkulinpräparaten, von A. Schreiber-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 178). Das Alttuberkulin Höchst besitzt den konstantesten Gehalt an Toxizität. Eine überlegene Wirkung des diagnostischen Tuberkulins nach Moro und des Kutituberkulins konnte nicht festgestellt werden. F. Harry-Wiesbaden.

Anästhesie und Tuberkulinreaktion, von H. Biberstein-Breslau. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 113—115.) Weder die einmalige noch die wiederholte lokale, subkutane oder intrakutane Anästhesierung mit Novokain vermag den Ablauf der Tuberkulinreaktion nach Pirquet wesentlich abzuschwächen. F. Harry-Wiesbaden.

Die Spezifität der Tuberkulinreaktion. Vergleichende Untersuchungen mit Tuberkulin und Eiweißkörpern an experimentellem und klinischem Material, von E. Hagemann, Med. Kl. Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. 30, H. 1—6, S. 80—109.) Verf. hat mit Alttuberkulin- und Caseosaninjektion von gleichem N-Gehalt an tuberkulös infizierten Meerschweinchen und sicher tuberkulös erkrankten Menschen Versuche angestellt und gefunden, daß die beiden Injektionsmittel durchaus verschiedene Wirkung haben. Erst Caseosandosen von weit höherem N-Gehalt als entsprechende Alttuberkulindosen machten ähnliche Reaktionen. Angewandte Caseosandosen bis zu 3 ccm machten flüchtige Stich-, mäßige Allgemein-, aber niemals Herdreaktionen.

Digitized by Google

Caseosan in Mengen unter 0,5 ccm zeigte keine Wirkung. Die spezifische Wirkung des Tuberkulins hält er wegen seiner fein abgestuften Wirksamkeit auf empfindliche tuberkulöse Herde, selbst bei Anwendung von kleinsten Mengen, für erwiesen und gibt deshalb dem Tuberkulin in der Therapie der Tuberkulose vor den schwer dosierbaren Proteinkörpern den Vorzug. G. Kapferer-Heidelberg.

Zur Frage der Wirkungsunterschiede von Tuberkulinen verschiedener Herkunft, sowie der Tuberkulinschäden nach diagnostischen Tuberkulininjektionen, von A. Neustadt und E. Stadelmann-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 9, S. 277—278.) Erwiderung auf die Arbeit von Schwermann (D. m. W., 1922, Nr. 34). Schwermann hat keine sachlichen Beweise dafür erbracht, daß die Methodik der vergleichenden Prüfung verschiedener Tuberkuline, wie sie von den Verff. angewendet wurde, unrichtig sei, ferner daß die Tuberkulinreaktion spezifisch und ihre Anwendung bei vorhandener Tuberkulose ungefährlich sei. F. Harry-Wiesbaden.

Klinische Erfahrungen mit zwei neuen Tuberkulosemitteln: dem Vitaltuberkulin Selter und dem chemo-therapeutischen Tuberkulosemittel Nuforal, von H. Weber-Zittau. (D. m. W., 1923, Nr. 9, S. 276—277.) Keine Überlegenheit des Vitaltuberkulins gegenüber dem Kochschen Tuberkulin. Nuforal hat völlig versagt. Verf. glaubt, daß die Nuforalwirkung eine Art Protoplasmaaktivierung sei. Es wurde daher auch bei anderen Krankheiten (Polyarthritis rheumatica, Adnexitis usw.) angewandt. Die Beeinflußbarkeit war individuell verschieden, wie es auch bei anderen Präparaten derselben Wirkungsart der Fall ist. F. Harry-Wiesbaden.

Zur neuen Intrakutanreaktion bei Hauttuberkulose (A proposito di una nuova reazione intracutanea nella tuberculosi della pelle), von V. M. Palmieri, Dermat. Klin., Neapel. (Riforma Med., 1923, Nr. 7.) Verf. hat die neue Intrakutanreaktion Busaccas bei Hauttuberkulose nachgeprüft. Technik: Es wurden 0,1, 0,2, 0,3, 0,5 und 0,8 von Pferdenormalserum intrakutan in die Beugeseite des Vorderarms bei üblicher Kontrolle mit physiologischer Kochsalzlösung injiziert. Resultat: Von 35 nicht tuberkulösen Fällen gaben bei den verschiedenen obigen Quantitäten 4 ein positives und 31 ein negatives Resultat. Von Lupusfällen gaben bei 0,1 5 Fälle alle ein negatives Resultat, bei 0,2 von 6 Fällen 5 ein negatives, 1 Fall ein positives Resultat. Bei 0,3 von 12 Fällen 6 ein positives, 6 ein negatives Resultat. Bei 0,5 von 6 Fällen 2 ein positives, 4 ein negatives Resultat. — Von 4 Fällen von Lupus erythematosus ergaben 1 Fall ein positives und 3 ein negatives Resultat. Verf. schließt aus seinen Versuchen, daß die Methode Busaccas auch bei Anwendung der optimalen Dosis = 0,3 für Hauttuberkulose nicht spezifisch sei. E. Freund-Triest.

Über Kutanreaktionen bei Tuberkulose, von Walther Löwe, Med. Polikl., Leipzig. (M. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1145.) Kutanreaktionen, die durch Tuberkulin erzeugt werden, verhalten sich ziemlich übereinstimmend zu den durch andere bakterielle Impfstoffe hervorgerufenen. Bei Kachektischen fehlt oft die Hautreaktion. Bei Vitiligo und Ichthyosis war sie gering oder fehlend (maßgebender Zustand der Haut). Nervenabnormitäten können sie steigernd und schwächend beeinflussen. In Fällen ungleicher Reaktion pflegen die Tuberkulinstellen stärker zu reagieren. Impfungen mit anderen Stoffen ergeben gelegentlich früher Resultate; diese klingen dann aber rascher ab und verschwinden vollständiger als die Tuberkulinresultate. Hautreizmittel können die Impfergebnisse beeinflussen. Bestrahlungen mit der Quarzlampe schwächen sie ab. Röntgenbestrahlungen vor der Impfung schwächen ab, nach der Impfung verstärken sie. Durch Einschiebung eines Zyklus von Kaseosaninjektionen gelang es, die Reaktion auf die kutanen Impfungen herabzusetzen. Temperatursteigerungen waren dabei nicht von Einfluß. A. v. Notthafft-München.

Über die perkutane Anwendung des Tuberkulins, von Franz Hamburger-Graz. (M. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1664.) Empfehlung der Einreibung bis zur Gewichtskonstanz eingedampften Tuberkulins (Höchst, Vertrieb Fresenius) nach vorheriger Ätherabreibung der Haut als sehr genaue Methode. A. v. Notthafft-München.

Welche Methode eignet sich am besten zur Feststellung der Tuberkuloseinfektion?, von Erhard Nehring-Königsberg i. Pr. (M. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1555.) Die zweimalige intrakutane Impfung mit je $^1/_{10}$ mg und 1 mg Alttuberkulin in einer Lösung von 1 : 1000 bzw. 1 : 100 mit etwa 27% positiven Fällen gibt die besten Resultate zur Feststellung der Verbreitung der Tuberkuloseinfektion, indem sie mehr als doppelt so viel positive Fälle erschließt, wie die zweimal wiederholte Pirquet-Impfung und fast ein Drittel mehr als die kombinierte Pirquetsche und intrakutane Impfung. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Ein Vorschlag zur Vereinfachung der Technik der Tuberkulinimpfung nach Ponndorf, von F. Wesener-Aachen. (M. m. W., 1923, Nr. 1, S. 20.) Empfehlung des Schneppers statt des Messers. Gleichmäßige Schnitte in genau feststellbarer Tiefe, wenig Blutung, rasche Operation. A. v. Notthafft-München.

Über eine diagnostische Tuberkulinsalbe, von O. Platz-Magdeburg-Sudenburg. (M. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1606.) Die von den Behringwerken unter dem Namen Tebecein in den Handel gebrachte diagnostische Tuberkulinsalbe enthält einen Zusatz von ätherischem Öl. Infolgedessen hat sie größere Penetrationskraft. In Versuchen haben sich Einreibungen mit ihr dem Pirquetschen Verfahren ebenbürtig erwiesen. A. v. Notthafft-München.

Die Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose und ihr Malariafehler, von H. Heinemann-Petömbökan. (M. m. W., 1922, Nr. 28, S. 1035.) Versuche auf Java bieten den Vorteil, daß hier Tuberkulose sehr selten und Sumpffieber jeder Form sehr häufig ist. H. stellte nun fest, daß auch die Komplementbindungsreaktion mit Alttuberkulin als Antigen bei Tuberkulose ebenso wie WR ihren Malariafehler hat. Diese unspezifische Reaktion ist weder an Fiebererscheinungen noch an den Nachweis von Malariaparasiten gebunden. Das ist bei Untersuchungen auf Tuberkulose in Malarialändern von Bedeutung. Positiver Befund kann hier auf larvierte erst ausgeheilte Malaria schließen lassen oder sonst zur Differentialdiagnose bei Malaria verwendet werden. — Es ist möglich, daß die Malariadurchseuchung der Javaner ihren Körper vor den „metasyphilitischen" Erkrankungen schützt. Wenigstens zeigt das Blutserum des malariainfizierten Nichtsyphilitikers — bei Ausführung der WR — den bei der Syphilisdiagnose gebräuchlichen Antigenen gegenüber sehr oft dasselbe Verhalten wie das des Syphilitikers. Die Gärtnersche These, daß Unterdrückung oder Hinausschiebung der allergischen Umstimmung im Frühstadium der Syphilis durch nichtsterilisierende Behandlung die Paralyse bedinge, ist durch die javanischen Verhältnisse widerlegt; denn fast kein Javaner wird bis zur Sterilisierung behandelt. A. v. Notthafft-München.

Über experimentelle Grundlagen für eine spezifische Serodiagnostik auf aktive Tuberkulose, von A. v. Wassermann. (D. m. W., 1923, Nr. 10, S. 303—308.) Das Serum Tuberkulöser ist stark lipophil. Das Antigen muß daher eine bestimmte Menge Phosphatide enthalten. Außerdem ist für das Zustandekommen der Reaktion das Vorhandensein einer Komponente aus dem Tuberkelbazillenprotoplasma erforderlich. Es ist gelungen, durch Entfetten von Tuberkelbazillen und einen bestimmten Zusatz von Phosphatiden ein Antigen so einzustellen, daß es nur mit dem Serum Tuberkulöser positiv reagiert. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Häufigkeit der Wassermannschen bzw. Ausflockungsreaktion bei Kindertuberkulose, von E. Rüscher-Sahlenburg-Cuxhaven. (D. m. W., 1923, Nr. 9, S. 278—279.) Unter 90 tuberkulösen Kindern waren die WR, SGR und DM nur einmal dauernd positiv. In 4 anderen Fällen konnten durch Rückgang der Reaktionsstärke und durch wiederholte Untersuchungen die anfangs positiven Resultate als unspezifisch erkannt werden. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Eigenharnreaktion nach Wildbolz, von F. Georgi-Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1182.) Positive Resultate bei aktiver Tuberkulose wie bei nicht aktiver und bei Gesunden (nur in geringem Maße etwas bei Schizophrenen). Der aktiv Tuberkulöse reagiert aber noch auf den Urin anderer Tuberkulöser. Der Infiltrationsprozeß wird also bedingt einerseits durch ein im Urin vorhandenes Agens, andererseits durch die „Hautempfindlichkeit". Noch deutlicher als bei aktiver Tuberkulose ist die Eigenharnreaktion bei Paralyse. Paralytikerharn erzeugt auch bei Gesunden Reaktion. Daß aber bei den Paralytikern nicht nur der Urin, sondern auch die Hautempfindlichkeit verändert ist, zeigt sich in der Reaktion ihrer Haut auf Injektion des Harnes Gesunder. Der Urin von Leuten mit aktiver Tuberkulose ruft im Serum von Tuberkulösen und Gesunden, wenn auch nicht immer, Fällungen an Eiweiß hervor. Das Wesen dieser Reaktion muß vorläufig dahingestellt bleiben. A. v. Notthafft-München.

Die Wildbolzsche Eigenharnreaktion, von R. Kipfer-Bern. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 51/52, S. 1241—1253.) Das Prinzip der Reaktion besteht darin, daß aus dem Harn von Trägern „aktiver" Tuberkuloseherde ein Körper im Sinne eines Antigens hergestellt wird, der bei intrakutaner Injektion nach Mantoux in der Haut eines jeden gegenüber Tuberkulin sich allergisch erweisenden Individuums eine deutliche Immunkörperreaktion auslöst. Die Reaktion ist eine Methode der immunbiologischen Tuber-

Digitized by Google

kulosediagnostik von praktisch großer Bedeutung, da sie in ihrer diagnostischen Reichweite über die Grenzen unserer bisherigen klinischen Tuberkulosediagnostik hinausgeht. Von 42 Autoren liegen bisher Mitteilungen über mehr als 2300 mit der Reaktion untersuchte Fälle vor, aus denen sich ergibt, daß sie bei den sicher mit einem floriden Tuberkuloseherd Behafteten positiv ausfällt, daß von den klinisch anscheinend geheilten Tuberkulosen die Mehrzahl negativ und eine nicht unbeträchtliche Minderheit positiv, schließlich von den Fällen ohne klinisch nachweisbare Tuberkulose die große Mehrzahl negativ reagiert. Die von der Regel abweichenden Resultate beruhen auf Fehlerquellen, deren Ausschaltung möglich ist. Die vereinzelten Fälle von positiver Reaktion bei Staphylokokkeninfektion, Abdominalthyphus, Nephritis, malignem Tumor, Lues, sowie die positive Reaktion bei den bisher untersuchten Fällen von progressiver Paralyse bedürfen noch der Aufklärung durch weitere Untersuchungen. E. Levin-Berlin.

Zur Bedeutung der tuberkulösen Reinfektion, von Thomas Köffler. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 70, H. 2.) Bei Zusammensein mit sehr reichlich Bazillenhustenden kommt es zu häufigen, bei Zusammenwohnen mit spärlich Bazillenausscheidenden zu seltenen Reinfektionen. Es kommen wohl nie massige, sondern nur häufige Reinfektionen mit geringen Mengen in Betracht. Ständige, durch längere Zeit dauernde Reinfektionen bewirken beim Menschen eine Sensibilisierung im Sinne einer erhöhten Tuberkulinempfindlichkeit. Eine Zunahme der Morbidität infolge häufiger Reinfektion kann bei Kindern nicht festgestellt werden. Die Reinfektion steht praktisch an Bedeutung weit hinter der Erstinfektion zurück (Hamburger). E. Wolf-Braunschweig.

Über die flüchtigen, entzündlich tuberkulösen Krankheitserscheinungen bei Kindern, von E. Rüscher-Sahlenburg-Cuxhaven. (Zschr. f. Tbc., 1922, Bd. 37, H. 4, S. 241—260.) Verf. betont die lebhaftere Reaktionsfähigkeit des tuberkulösen kindlichen Organismus im Gegensatz zu der Reaktionsfähigkeit bei Erwachsenen. Von der Fülle von flüchtigen Erscheinungsformen, die er im Anschluß an Tuberkulininjektionen bei Kindern auftreten sah und die er an Hand von vier Krankengeschichtsauszügen unter eingehender Würdigung der einschlägigen Literatur bespricht, sei hier nur kurz auf das dermatologisch Interessierende hingewiesen. Flüchtige Ödeme, Erytheme, purpura- und urtikariaähnliche Ausschläge, Knötchenbildungen, Aufflammen alter Impfstellen und anderes mehr hält er durch Tuberkulotoxine, die bei der Wechselwirkung von Bakterien und Individuum entstehen können, bedingt. Erythema nodosum, dessen manchmal tuberkulöse Natur Verf. anerkennt, hat er an seinem reichlichen Material nie zu beobachten Gelegenheit gehabt. Psoriasis hat Verf. öfters bei tuberkulösen Kindern gesehen, doch hatte er stets den Eindruck, daß es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen zweier voneinander unabhängiger Krankheitsbilder handelte. Irgend welche Reaktionen der psoriatischen Haut auf Tuberkulin konnte er nie erzielen.

G. Kapferer-Heidelberg.

Mikroskopische Hodenbefunde bei jugendlichen Tuberkulösen, von Erick Brack-Hamburg, Path. Inst. d. Univ. (Virch. Arch., 1922, Bd. 239, H. 1, S. 68—75.) Bei der histologischen Untersuchung an etwa 150 Hodenschnittpräparaten von 28 Schwertuberkulösen fand Verf., daß mikroskopisch weit mehr Hodenerkrankungen bei Tuberkulösen vorkommen, als die makroskopische Untersuchung und die Statistik vermuten lassen. Verf. kommt zu dem Schluß, daß bei jugendlichen Tuberkulösen neben einem, wenn auch seltenerem, auffallend langem Verharren des Hodeninterstitiums im kindlichen Typus recht häufig ein Bindegewebsreichtum des Hodeninterstitiums vorhanden ist. Es kommen daher für die Azoospermie und Sterilität tuberkulöser Männer neben der vom Verf. absichtlich nicht in das Bereich der Untersuchung gezogenen Spermangoitis obliterans und der Genitaltuberkulose die vom Verf. nachgewiesenen mikroskopischen Veränderungen ursächlich in Frage. F. Jacobsohn-Berlin.

Reizung einer ruhenden Gelenktuberkulose bei einem Fall von Erythema induratum (Bazin) durch Salvarsan, von Franz Wirz-München. (M. m. W., 1923, Nr. 13, S. 397.) A. v. Notthafft-München.

Die konservative Behandlung der sogenannten chirurgischen Tuberkulose, von August Bier-Berlin. (Zschr. f. Tbc., Bd. 34, S. 329—334.) Verf. tritt warm für die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose ein. Die künstliche Bestrahlung sieht er nur als Notbehelf an und zieht allen Lichtapparaten auf Grund zahlreicher glänzender Erfolge das alle Strahlen enthaltende Sonnenlicht vor. Fehlt die Sonne, so treten neben der künstlichen Bestrahlung der jeweiligen Witterungslage angepaßte Luftbäder in zerstreutem Tageslicht an ihre Stelle. Die Fernwirkungen der Sonne im Körper glaubt Verf. sich im Sinne einer Proteinkörperwirkung erklären zu können, die

Digitized by Google

auf dem Wege der Eiweißzersetzung Reize für den ganzen Körper, besonders aber für den chronischen Entzündungsherd der Tuberkulose, der sich durch erhöhte Reizbarkeit auszeichnet, abgeben. G. Assmann-Barmen.

Radium als Heilmittel tuberkulöser Drüsen (Radium as a Curative Agent for Tuberkulous Glands), von E. S. Molyneux. (The Lancet, Nr. 5172, S. 804.) Verf. hat Radium bei tuberkulösen Halsdrüsen in allen Stadien benutzt. Schädigungen sah er nie. R. Erichson, Kiel.

Zur Sonnenbehandlung der Tuberkulose, von Witteк-Graz. (Strahlentherapie, Bd. 13., H. 1, S. 1.) Erfahrungen über Heliotherapie in der Heilstätte Stolzalpe bei Murnau. Nichts grundsätzlich Neues. G. W. Unna-Hamburg.

Versuche der Behandlung von Hauttuberkulose mit Eigenblutserum, von Podwyssotzkaja. (Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 6, S. 125.) Die an 19 Kranken mit verschiedenen Arten von Hauttuberkulose angestellten Versuche mit subkutanen Injektionen von Eigenblutserum ergaben folgendes: Die Einspritzungen wurden im allgemeinen gut vertragen und wenn es bei der ersten Injektion zu einer Temperatursteigerung kam, so blieb diese bei den weiteren aus. Gelegentlich entwickelte sich eine Leukozytose, zuweilen eine Verminderung der Eosinophilie, vielfach eine Steigerung der Allergie des Organismus gegen Tuberkulose. Die Papelbildung beim Pirquet wurde stärker, es kam sogar zur Entwicklung von Pusteln. Therapeutisch wirkten die Eigenblutinjektionen am besten auf die geschwürigen, tuberkulösen Prozesse, welche ohne jede lokale Behandlung zurückgingen. Nächstdem wurden entschiedene Besserungen bei den Fällen von Skrofuloderma und Lymphadenitis beobachtet, während die Fälle von Lupus erythematodes und Tuberculosis generalisata cutis wenig beeinflußt wurden. Die Behandlung mit Eigenblutserum dient demnach bloß zur Unterstützung der übrigen therapeutischen Maßnahmen. A. Jordan-Moskau.

Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Lecutyl, von G. Döttmann-Gießen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1923, Bd. 128, H. 1.) Lecutyl, ein Kupferpräparat, zerstört tuberkulöses Gewebe bei inniger Berührung mit dem Krankheitsstoff, innerlich dagegen ist es wirkungslos. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über Krysolganschädigung, von G. A. Büllmann-Heidenheim a. Brenz. (M. Kl., 1922, Nr. 44, S. 1411.) Unter 33 von Büllmann mit Krysolgan behandelten Fällen zeigten vier oder 12% Erscheinungen, die den von G. W. Unna beobachteten sehr ähnlich waren: grobfleckiges, tiefdunkelrotes Exanthem an Stamm und Extremitäten, Ödem im Gesicht, in 2 Fällen im Urin Leukozyten, Erythrozyten, Zylinder. Es ergibt sich also für B. bei der Krysolganbehandlung die Notwendigkeit der Urinkontrolle, die chemisch und mikroskopisch vor jeder neuen Spritze vorzunehmen ist, ebenso regelmäßige Zählung der Eosinophilen, die Hand in Hand mit dem Auftreten des Exanthems, dem ersten Anzeichen einer Intoxikation, gehen. Selbstverständlich dürften andere Gründe, die zu Eosinophelie, deren Ansteigen das drohende Herannahen der Intoxikation oder das Überschreiten der Toleranzgrenze zum voraus anzeigt, führen, nicht übersehen werden: Muskelrheumatismus, Nephritis, Trichinosis, Rekonvaleszenz nach interkurrenten Infektionskrankheiten u. a. m. M. Stern-München.

Behandlung von Tuberkulose und Lupus der Nase, von Gustav Spiess. (M. m. W., 1922, Nr. 51.) Empfehlungen einer kombinierten Krysolgan-Alttuberkulinkur bei Lupus des Naseninnern und einer Kombination dieser Mittel mit Röntgenbestrahlung bei der Tuberkulose dieser Gegend. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung des Lupus mit dem Diathermiekondensatorfunken (Treatment of Lupus by the Diathermy Condenser Spark), von A. E. Milner. (The Lancet, Nr. 5182, S. 1316.) Verf. hatte gute Resultate mit der von ihm in England inaugurierten Methode der Behandlung des Lupus mit dem Diathermiekondensatorfunken. Er kombiniert diese Methode dann noch mit nachfolgender Röntgenbestrahlung. R. Erichson-Kiel.

Eine optische Eigentümlichkeit der Lupusknötchen und ihre Bedeutung für die Finsen-Behandlung und der leuchtenden Wärmestrahlen und ihre Bedeutung für diese, von Haxthausen-Kopenhagen. (Strahlentherapie, Bd. 13, H. 3, S. 654.) Die Farbe der Lupusknötchen beruht in erster Linie auf einer größeren Transparenz. Im auffallenden Licht erscheinen sie dunkler als die normale Haut, im durchfallenden exzidierten Gewebsstück heller als diese. Durch die größere Transparenz wird die Zerstreuung geringer; es dringen mehr chemisch wirksamere Strahlen in die Tiefe. Die weniger durchlässige Haut zerstreut die wirksamen Strahlen und bleibt ungeschädigt. Bei Finsen-Bestrahlung findet eine Temperaturerhöhung statt, die im Lupusgewebe um

Digitized by Google

9° höher steigt als im normalen. Nach Bang wächst die bakterizide Kraft der chemisch wirksamen Strahlen mit höherer Temperatur. Es empfiehlt sich daher möglichst schwache Kühlung der finsenbestrahlten Haut. G. W. Unna-Hamburg.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Die Bedeutung der Familienuntersuchung bei chronischen Infektionskrankheiten, insbesondere bei Tuberkulose oder Lues eines Ehegatten, von A. Witzel-Marburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, Nr. 22, S. 684.) In allen Fällen von Lues oder Metalues muß man eine eingehende interne und serologische Untersuchung des angeblich oder tatsächlich gesunden anderen Ehegatten, womöglich auch der Kinder, vornehmen. Es gelingt oft nur auf diese Weise, die Frühdiagnose und damit Frühbehandlung einer bereits stattgefundenen Infektion des angeblich noch gesunden Ehegatten, einer bereits objektiv vorhandenen, aber subjektiv noch symptomlosen syphilitischen Erkrankung. Es sollte wohl zu den Aufgaben der Beratungsstellen für Geschlechtskranke gehören, solche Familienuntersuchungen bei Erkrankung eines Ehegatten zu veranlassen. Die Forderung der Familienuntersuchung gilt in beinahe noch höherem Maße für die Tuberkulose: bei Tuberkuloseerkrankung eines Ehegatten oder eines Kindes muß sich die Untersuchung, Überwachung und häufig genug — auch die Behandlung — in gleicher Weise wie bei Syphilis auf die ganze Familie erstrecken.
M. Stern-München.

Der Kampf gegen die Syphilis (La lutte contre la syphilis). (Presse méd., 1922, Nr. 72.) Mit scharfen Worten wird gegen die verhängnisvolle falsche Scham der menschlichen Gesellschaft zu Felde gezogen. Es wird eine Aufklärung aller Schichten als unbedingt nötig erachtet. Im Auftrage des Comité nationale de propagande d'hygiene sociale hat Queyrat Vorträge veranstaltet, die Beifall gefunden haben und gut besucht werden. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Framboësie und Syphilis, von A. Müller-Leipzig. (D. m. W., 1923, Nr. 10, S. 309—310.) Die charakteristischen Unterschiede zwischen Framboësie und Syphilis, die in der Lagerung der Spirochäten in der Epidermis bzw. Kutis, im Fehlen bzw. Vorhandensein der Schleimhautaffektionen und kongenitalen Übertragung bestehen, lassen sich als Akklimatisationsphänomene erklären. Die Framboësie hat sich dem Tropenklima angepaßt, die Syphilis ist unabhängig von klimatischen Einflüssen geworden.
F. Harry-Wiesbaden.

Der Einfluß des Flecktyphus auf die syphilitische Infektion, von Bogrow. (Klinitscheskaja Medizina, Sept. 1922, S. 28.) Angeregt durch die Mitteilung von Prof. Meschtscherski über den günstigen Einfluß des Fleckfiebers in zwei Fällen von Lues auf eine bis dahin dauernd positive WR berichtet Verf. über seine Erfahrungen in 3 Fällen. In dem ersten derselben ging ein stark verbreitetes, erstes, makulo-papulöses Exanthem, vergesellschaftet mit Borken auf dem Kopf und Papeln auf der Scheimhaut des Mundes unter dem Einfluß des Fleckfiebers zurück. Im zweiten Fall wurde die WR nach dem Fleckfieber zeitweilig stark positiv, während sie sich bis dahin, im Laufe von $1^1/_2$ Jahren, von der Infektion gerechnet, dank der Behandlung, negativ erhalten hatte. Im dritten wurde gleichfalls die WR in einem Fall von Syphilis, der im Laufe eines halben Jahres ohne Rezidive und bei negativer WR verlaufen war, zeitweilig nach dem Fleckfieber schwach positiv. A. Jordan-Moskau.

Bericht über die Tätigkeit der Geschlechtskrankheitenabteilung des Glasgower Augenkrankenhauses (A Review of the Work of the Veneral Diseases Centre of the Glasgow Eye Infirmary), von E. J. Primrose. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3235, S. 1263.) Die Abteilung besteht seit Januar 1921, die behandelten Fälle waren fast ausschließlich sekundärsyphilitische Augenaffektionen. Der WR Befund war teils im Blut, teils im Liquor negativ, auch Goldsol und Phase I waren nicht immer im Liquor positiv. Therapeutisch wurden Salvarsanpräparate verwandt, unliebsame Zwischenfälle ernster Art waren selten, meist erfolgte eine rasche Besserung, in einigen Fällen verzögerte sie sich aber auch oder wich einer Verschlimmerung, obwohl die WR vielleicht negativ wurde. Behandlungserfolg mit kleinsten Dosen Tuberkulin zeigte dann, daß eine Kombination von Lues und Tuberkulose vorgelegen haben möge. Diskussion: Ballantyne äußert sich zu diesem letzten Punkt. David Wilson weist darauf hin, daß er mit Salvarsanpräparaten ausgezeichnete Erfolge bei interstitieller Keratitis im Kindesalter bis zur Pubertät, aber nicht mehr bei jungen Erwachsenen gesehen habe.
E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

b. Pathologie und Klinik.

Pathologische Anatomie der Syphilis, von CARL STERNBERG. (W. m. W., 1923, Nr. 8, S. 386.) Fortbildungsvortrag. E. Langer-Berlin.

Das Endothelsymptom bei Luetikern und Nichtluetikern, von HEINRICH HOFFMANN-Breslau. (M. Kl., 1922, Nr. 49, S. 1558.) Das von RUMPEL und LEEDE beschriebene, als „Endothelsymptom" später bezeichnete Stauungsphänomen, das als Ausdruck pathologischer Vorgänge im endothelialen Zellsystem anzusehen ist, wurde an einem größeren Material von Gesunden und Luetikern nachgeprüft. Es ist bei Männern ohne und mit behandelter und unbehandelter Lues ungefähr gleich oft angetroffen, ebenso auch bei Frauen, bei diesen aber häufiger als bei Männern. Die Menstruation beeinflußt das Auftreten des „Endothelsymptoms" nach dem positiven Ausfall hin. Bezüglich der Verträglichkeit des Salvarsans ist es prognostisch nicht verwertbar, allenfalls bei stark positivem Ausfall. E. Langer-Berlin.

Trachealkatheter und Syphilisübertragung, von W. SIGWART-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1923, Nr. 5, S. 146.) Eine Hebamme holte sich die Syphilis dadurch, daß sie bei der Ansaugung von Schleim aus der Luftröhre eines asphyktischen Neugeborenen spirochätenhaltigen Schleim in den Mund bekam. Daher ist der von GOLD angegebene Aspirator zu verwenden, welcher derartiges verhütet. A. v. Notthafft-München.

Tätowierung und Syphilis (Tatouages et Syphilides), von L. M. BONNET. (Lyon méd., 1922, Bd. 131, Nr. 24, S. 1126.) Die Lokalisation von Syphiliden an tätowierten Stellen ist ein Beispiel für den Einfluß von Hautreizungen. In welchem Maße eine solche eintritt, ist von verschiedenen Umständen (Alter der Tätowierung, Menge der angewendeten Substanz, entzündliche Komplikationen) abhängig. Die Natur der angewendeten Substanz hat keinen bestimmenden Einfluß, bei Tätowierungen in blau und rot bilden bald die Stellen in der einen, bald in der anderen Farbe die Prädilektionsstelle für die Eruption der Syphiliserscheinungen, je nachdem in welcher von ihnen ein für die Entwicklung der Spirochäten günstiger größerer Reizzustand vorherrscht. Ein eigener Fall wird im Verein mit anderen in der Literatur niedergelegten gegen die frühere Anschauung verwertet, daß stets die durch Zinnober hervorgebrachten roten Stellen infolge des Einflusses des in der Haut deponierten Quecksilbers von den Syphilisefloreszenzen frei blieben, womit auch der Vorschlag von DOHI, durch Tätowierungen mit Zinnober am Penis eine Syphilis-Prophylaxe auszuüben, hinfällig wird. E. Levin-Berlin.

Über die Unzweckmäßigkeit der gebräuchlichen Bezeichnung „harter Schanker" für den syphilitischen Schanker (Sur les inconvénients de la dénomination usuelle de chancre induré pour désigner le chancre syphilitique), von L. HALLION und A. BAUER. (Presse méd., 1922, Nr. 90.) Die Bezeichnung „harter Schanker" sollte als durchaus nicht genau dem tatsächlichen Befund und oftmals zu Fehldiagnose verleitend ein für allemal ausgemerzt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kasuistik extragenitaler Primäraffekte, von J. FRIEDMANN-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1838—1839.) Primäraffekt an der Ober- und Unterlippe einer Frau, der vom Hausarzt für eine Bartflechte gehalten wurde, da der Mann der Frau gleichzeitig an Bartflechte erkrankt war. H. Soltmann-Leipzig.

Über das nodöse Syphilid (Typus MAURIAC), von STEIN. (Wratschebnaja Gaseta, 1922, Nr. 12—14, S. 306.) Beschreibung eines Falles von multipler Knotenbildung bei einem 35jähr. Mann, der von Lues nichts wußte, aber 5 Wochen vor Auftreten dieser Erscheinung eine Abschürfung am Penis gehabt hatte, die bald geschwunden war. Später schwollen die Inguinaldrüsen an, was er auch nicht besonders beachtet hatte. Erst die unter Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Jucken sich bildenden Knoten veranlaßten ihn, die PAWLOWsche Klinik in Petersburg aufzusuchen. Die Knoten fanden sich vorwiegend auf den unteren Extremitäten, besonders der Innenseite, aber auch auf dem Körper. Größtenteils waren sie beweglich, einige mit der Haut verbacken. Sie saßen im subkutanen Gewebe, einige von ihnen gingen in Geschwüre über. Histologisch handelte es sich um einen entzündlichen, in der Umgebung der kleinen Venen gelagerten Prozeß. Die Gefäße erwiesen sich teils erweitert, meist verengt, einige sogar bis zu völligem Schwund des Lumens. Unter den verschiedenen Zellen des entzündlichen Infiltrats überwogen die Polynukleären. Der Verlauf der Knoten war ein stürmischer. Verf. sieht seinen Fall als néoplasies précoces et ulcéreuses du tissu cellulaire souscutané MAURIAC oder besser als nodöse Syphilide HOFFMANN an.
A. Jordan-Moskau.

Wenig beachtete, praktisch wichtige Formen der Gelenksyphilis, von. H. SCHLESINGER-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 13.) Neben den bekannten mono- oder poly-

Digitized by Google

artikulären Veränderungen der Frühperiode finden sich auch in der Spätperiode akute Gelenkschwellungen unter dem Bilde des polyartikulären Rheumatismus mit Schwellungen, Schmerzen, Temperatursteigerungen, meist bei Individuen im jugendlichen oder mittleren Alter. Auffällig gegenüber der akuten Polyarthritis ist das Versagen des Salizyls, die Hartnäckigkeit, mit der die Erkrankung an den zuerst befallenen Stellen verbleibt, die Steigerung der Schmerzen in der Nacht, das Verschontbleiben des Herzens. Die WR kann negativ sein. Röntgenologisch ergibt sich oft der Nachweis destruktiver und konsumptiver Veränderungen an den Epiphysen. Die spezifische Therapie wirkt glänzend, besonders Salvarsan; vor der Besserung tritt oft eine Steigerung der Erscheinungen ein. Eine andere Form verläuft subakut fieberhaft unter Mitbeteiligung der Muskulatur, die spontan und auf Druck schmerzhaft, stellenweise verdickt ist. Charakteristisch sind die nach Hg und Salvarsan auftretenden stärkeren Schwellungen und Schmerzen sowie Temperatursteigerungen. In seltenen Fällen tritt das Bild einer Polyarthritis deformans auf. Monartikuläre Arthritiden deformierenden Charakters können nicht nur — wie bisher allgemein angenommen — im jugendlichen, sondern in jedem Lebensalter durch Syphilis hervorgerufen werden. Besonders verdächtig auf Syphilis ist Erkrankung symmetrischer Gelenke, namentlich Affektion beider Kniegelenke von fungösem Charakter; meist bei jugendlichen Individuen in Folge von Lues congenita. In Fällen, die nicht restlos ausheilen, kann es zu Ankylosierung oder Vereiterung kommen. Bei der Behandlung ist auf den allgemeinen Kräftezustand Rücksicht zu nehmen.

E. Levin-Berlin.

Zur Röntgendiagnose der Aneurysmen der Aorta descendens und der Aortenlues überhaupt, von Robert Lenk, Allg. Krankh. Wien. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 30, H. 1/2.) Die Aortenbreitendifferenz (Differenz der Breite der Aorta ascendens und descendens) beträgt normal bei Erwachsenen $^1/_2$—1 cm. Größere positive (aszendens > deszendens) Breitendifferenz als 1 spricht für Lues Aortae. Es gibt auch Fälle von Aortensyphilis mit gleichmäßiger Vergrößerung beider Maße und normaler Breitendifferenz. Bei der Altersskerose der Aorta ist die Breitendifferenz stets normal, beide Aortae sind gleichmäßig verbreitet. Eine negative Breitendifferenz (aszendens < deszendens) kommt nur bei der Aortenlues, und zwar besonders häufig bei Aneurysma der Aorta descendens vor, unabhängig vom Sitz des Aneurysmas.

E. Levin-Berlin.

Über syphilitische Herzkrankheiten und deren Behandlung in der Praxis, von L. Görl und L. Voigt-Nürnberg. (M. Kl., 1922, Nr. 45, S. 1426—1430.) Von 100 Syphilitikern bekommen mindestens 3 später Herzstörungen. Dabei ist der proteusartige Charakter dieser Erkrankungen auffallend: es gibt keine Art von Herzerkrankungen, die für irgend ein Stadium spezifisch wäre und nur in diesem vorkäme; selbst die Aortenveränderungen, die meist ausschließlich für das tertiäre Stadium reklamiert werden, beschränken sich nicht auf dieses. Die Frage der Therapie bietet große Schwierigkeiten. Jeder Fall von syphilitischer Herzerkrankung muß spezifisch behandelt werden, wobei aber in besonderem Maße stets zu individualisieren ist. Bei sehr schweren Fällen beginne man grundsätzlich mit Jodkali und setzt diese Behandlung nötigenfalls monatelang fort, um dann allmählich und vorsichtig mit Hg zu beginnen. Erst nach Wochen oder Monaten, wenn Jod und Hg gut vertragen werden, beginne man mit ganz kleinen Dosen (Silber-)Salvarsan, womit das Grundleiden endgültig zur Ausheilung kommen soll. Stets muß die Behandlung aber mit Herzmitteln — ob Strophantus, Digitalis usw. hängt von der Art und den Stadien der vorliegenden Erkrankung ab — verbunden sein. In der Mehrzahl der Fälle wird die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gelingen und werden überraschende Erfolge oder zum mindesten Besserungen, die einer Heilung gleichkommen, mit einer individualisierenden Behandlung erzielt werden.

M. Stern-München.

Ein Fall von knotiger Myokarditis bei kongenitaler Syphilis, von Wilhelm Dressler, Wilhelminenspital Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Bd. 27, S. 56—62.) Zufallsbefund bei der Sektion eines 4 Monate alten, an Folgen von Bronchopneumonie und Furunkulose gestorbenen Knaben. Außer einer Osteoperiostitis luica fand sich in der Muskulatur des linken Ventrikels eine kirschkerngroße, knotige, grauweiße Einlagerung von derberer Konsistenz als der des umgebenden Herzfleisches. Der unscharf begrenzte Knoten setzte sich auf das durch ihn an dieser Stelle gegen das Herzinnere vorgewölbte Endokard fort, das über dem Knoten verdickt war und sehnig-weiß aussah. Sonst Herz o. B. Die histologische Untersuchung dieses Knotens ergab das Fehlen von Riesenzellen und Nekrosen sowie von ausgesprochen perivaskulären Infiltraten. Es

Digitized by Google

handelte sich lediglich um eine einfache interstitielle Myokarditis, kombiniert mit einer mächtigen hyperplastischen Wucherung des Endokards über dem myokarditischen Bezirk. Spir. pall. nicht nachweisbar. Trotzdem erscheint Verf. der histologische Befund zusammen mit der syphilitischen Osteoperiostitis mangels an Anhaltspunkten einer überstandenen Diphtherie eindeutig auf eine syphilitische Noxe hinzuweisen. Auch die daneben im Entzündungsherd und seiner Nachbarschaft gefundenen Gefäßveränderungen sprechen in diesem Sinne. Die Frage, ob eine Umwandlung von Muskelzellen in Granulationsgewebe stattgefunden hat, kann Verf. an Hand des von ihm untersuchten Falles nicht entscheiden, hält es aber für möglich. F. Jacobsohn-Berlin.

Die respiratorische Paralyse des Kehlkopfes ist eine syphilitische Erscheinung (La paralysie respiratoire du larynx est un syndrome de syphilis), von M. Lermoyez und J. Ramadier. (Presse méd., 1923, Nr. 4, S. 33.) Der bei Luikern schon lange bekannte und gefürchtete spastische Glottiskrampf läßt sich jedenfalls nicht durch die allerdings nicht ganz seltene Komplikation mit Aortenaneurysma erklären, sondern ist aller Wahrscheinlichkeit nach auf das Ergriffensein des Nucleus ambiguus zurückzuführen. Therapeutisch empfehlen Verff. auf Grund ihrer Beobachtungen an 6 einschlägigen Fällen und einer ausführlichen Besprechung der Literatur eine vorsichtige Anwendung von Zyanquecksilber (in den ersten 10 Tagen 6 intravenöse Injektionen zu 0,01 g), worauf dann eine Salvarsanbehandlung sich anschließen kann.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis der Lungen (Syphilis of the Lung), von W. T. Munro. (The Lancet, Nr. 5183.) Der Verf. fand unter 100 in Frage kommenden Fällen 6 mit wohl sicherer Lungensyphilis. Die erworbene Lungensyphilis kann in drei Formen auftreten: Gummata, fibröse Induration und Bezirke von Verdichtungen mit Katarrh, deren zweite die häufigste ist, wobei der Ausgangspunkt sich weit im rechten Unterlappen findet. Die Patienten waren alle älter als 35 Jahre, das Infektionsdatum lag mindestens $3^1/_2$ Jahre zurück. Antiluetische Behandlung ist im Frühstadium zu empfehlen, führt dagegen kaum zur Besserung, wenn sich erst Bronchiektasen ausgebildet haben. Relativ häufig ist auch die kongenitale Lungenlues, die auf spezifische Behandlung gut anspricht.
E. Sklarz-Berlin.

Ratschläge über Lungenkrankheiten für den Praktiker, von Goldscheider-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1554.) Die Syphilis der Lungen tritt teils in Form von Gummigeschwülsten, teils in Form von Zirrhose auf. Sie bevorzugt die Hilusgegend, von wo sie sich nach unten und oben, besonders häufig in den rechten Mittellappen erstreckt. Die WR scheint meist positiv zu sein. Das Sputum verhält sich wechselnd. Das Vorhandensein von Tuberkelbazillen spricht nicht gegen gleichzeitige Syphilis. Die Diagnose ist oft sehr schwierig. Bei reiner Syphilis ist die spezifische Behandlung indiziert. Bei gleichzeitiger, nicht zu schwerer Tuberkulose soll die antiluetische Behandlung versucht werden. F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis des Magens; drei Fälle (La syphilis gastrique. Trois cas de syphilis gastrique), von Jules Monges. (Marseille méd., 1922, Bd. 59, Nr. 12.) Die klinischen Manifestationen der Magensyphilis zeigen einen außerordentlichen Polymorphismus, so daß die Diagnose sich eigentlich nur auf den therapeutischen Effekt stützen kann. Es werden dann drei Fälle näher beschrieben, in denen zum Teil die Erscheinungen zunächst für eine Neubildung gesprochen hatten. E. Levin-Berlin.

Ulzeröse syphilitische Kolitis (Ulcerative Syphilitic Colitis), von Chr. Gram. (Arch. med. Skandinav., Bd. 57, H. 5, S. 502.) Bericht über einen Fall mit schweren Symptomen, der durch eine energische Neosalvarsan-, Quecksilber- und Jodtherapie klinisch geheilt wurde. E. Sklarz-Berlin.

Zur Chirurgie der Lebergumma, von E. Monse-Dresden. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 1.) In zweifelhaften Fällen ist die WR zu machen. Bei positivem Ausfall ist stets Probelaparotomie, Probeexzision und mikroskopische Untersuchung vorzunehmen, eventuell sind die Tumoren zu entfernen und antiluetische Behandlung notwendig. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Ein seltener Fall von Lues der Nebennieren, von W. H. Crohn, II. innere Abt. d. Rud.-Virchow-Krankenh. Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 48, S. 1526.) Der schwerkranke bettlägerige Patient ist seit Jahren von großer Mattigkeit und leichter Ermüdung bei der Arbeit befallen. WR positiv, energische Qecksilber-, Salvarsan- (Natriumsalvarsan 3 g) und Jodbehandlung, welche bedeutende und schließlich klinisch und serologisch (WR negativ) Heilung brachte. Bei Morbus Addisonii muß man außer an Tuberkulose an Syphilis denken. M. Stern-München.

Digitized by Google

Über einen Fall von syphilitischem Diabetes mellitus (Sopra un caso di diabete mellito sifilitico), von P. A. Meineri. (Policlinico, 1923, Nr. 10.) 46jähr. Mann, der sich vor 6 Jahren mit Syphilis infiziert hatte und durch 5 Jahre mit Kalomel behandelt worden war, zeigt am Ende des 5. Jahres der Infektion eine starke Glykosurie, Durst, allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen und positive WR. Sämtliche subjektiven Erscheinungen schwinden prompt auf eine Hg-As-Kur, später auch die Glykosurie. Es handelt sich also um einen syphilitischen Diabetes. E. Freund-Triest.

Die Erkrankung des Nerv. acusticus bei Frühsyphilis in diagnostischer und prognostischer Bedeutung, von M. Bab-Charlottenburg. (D. m. W., 1923, Nr. 7, S. 218.) Unter 26 Fällen von Primäraffekten wurden in 75% Schädigung des Nerv. acusticus festgestellt, und zwar bei seronegativer WR in demselben Prozentsatz wie bei seropositiver. Durch otologische Untersuchungen kann daher in verdächtigen Fällen die Diagnose Lues mit größter Sicherheit gestellt werden. Die Abortivkur glückt in 100% aller Fälle, bei denen noch keine Akustikusstörungen nachgewiesen werden konnten. F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung der Augensyphilis beim Kinde (Traitement de la syphilis oculaire chez l'enfant), von Boussi. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 47.) Die Erkrankung ist fast stets kongenitaler Natur. Ein Erfolg ist auch bei der interstitiellen Keratitis zu erzielen, falls die Behandlung lange genug fortgesetzt wird. Empfohlen werden bei Säuglingen Einreibungen, ebenso auch bei jungen Kindern, jedoch wenn schnelle Wirkung erzielt werden soll, subkutane Einspritzungen von Neosalvarsan oder Quecksilberzyanür. Letztere auch in der zweiten Kindheit, in der gewöhnlich die interstitielle Keratitis auftritt. Methode: Serien von 20 Einspritzungen mit Pausen von 8—10 Tagen bis zur Heilung. Neosalvarsan erscheint nicht immer so wirksam und so gut verträglich wie Quecksilberzyanür, das eventuell auch in Suppositorien gegeben werden kann. E. Levin-Berlin.

Stauungspapille bei Syphilis, ihre Ausgänge und therapeutische Beeinflussung durch Salvarsan, von R. Baruch-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 186—187.) Die Zahl der Erkrankungen an Neuritis optica im Sekundärstadium der Lues hat durch die Einführung des Salvarsans nicht zugenommen. Unter 174 Fällen trat in 168 Fällen vollkommene Heilung ein, nur in 6 Fällen entwickelte sich Atrophie. Von diesen waren nur zwei regelrecht behandelt worden, die anderen ungenügend oder gar nicht. F. Harry-Wiesbaden.

Luetische Erkrankungen der Hypophyse, von Rudolf Jaffé, Senckenberg. Path. Inst., Frankfurt a. M. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Nr. 27, S. 324—335.) Kasuistische Mitteilung von zwei luischen Hypophysenerkrankungen. Im ersten Falle ließ sich eine Dystrophia adiposogenitalis mit polyglandulärem Symptomenkomplex bei einem tertiär Syphilitischen dadurch erklären, daß bei der Sektion eine unter Bindegewebsentwicklung geheilte, interstitielle Hypophysitis und eine Perihypophysitis luica gefunden wurde, die intra vitam den Sekretstrom besonders des Hypophysenmittellappens behindert haben mußte. Beim zweiten Fall war die Hypophyse selbst nicht erkrankt, es bestand aber ein Gumma des Hypophysenstieles, das den Sekretstrom, besonders hier des Vorderlappens, behinderte und eine hypophysäre Kachexie, die klinisch bestanden hatte, somit erklärte. F. Jacobsohn-Berlin.

Nervensyphilis und neurotrope Stämme (Neurosyphilis and Neurotropic Strains), von J. A. F. Pfeiffer-Baltimore. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 12.) Die Arbeit bringt eine Zusammenstellung aus der Literatur über klinische, pathologische und experimentelle Befunde, die für oder gegen die Annahme eines besonderen neurotropen Spirochätenstammes sprechen. E. Levin-Berlin.

Einige klinische Erscheinungen bei Tabes dorsalis (Some Clinical Manifestations of Tabes Dorsalis), von Gordon Holmes. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3237, S. 47.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, aber unter Heraushebung wichtiger, oft übersehener Einzeltatsachen beschäftigt sich der Verf. in der Art eines ärztlichen Fortbildungsvortrags mit den tabetischen Schmerzen, Parästhesien, Krisen, Knochen und Gelenksaffektionen, Sphinkterstörungen und Augensymptomen und mit der allgemeinen Diagnose der Erkrankung. E. Sklarz-Berlin.

Die Abhängigkeit der Prognose der Tabes von ihrer frühzeitigen Diagnose (Le pronostic du tabes dépend de son diagnostic précoce. Comment le faire), von E. Juster. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 47.) Nur ausnahmsweise kommen auch trotz frühzeitiger Behandlung fortschreitende Fälle vor. Der Beginn der Tabes beruht auf einer an eine spezifische Meningitis sich anschließenden Radiculitis. Nicht so all-

Digitized by Google

gemein als zum Bilde der Tabes gehörige bekannte Erscheinungen sind genitale Harn- und Defäkationsstörungen, Fehlen des hinteren Peroneo-Femoralreflexes, Sensibilitätsstörungen. Eine weitere Reihe von Veränderungen beruht auf Übergreifen des Prozesses auf die Hirnnerven an der Basis. So findet sich an den Augen Konvergenzspasmus, Pupillenungleichheit, Fehlen des Schiffschen Symptoms (Mydriasis auf Schmerz). Störungen am Akustikus. Bei negativem Ausfallen des Rombergschen Symptoms ist es empfehlenswert, dieses im Stehen auf einem Beine zu prüfen. Fehlen des okulokardialen Reflexes. E. Levin-Berlin.

Gähnkrämpfe bei Tabes, von Wolf Somer-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 50, S. 2078.) Pat., die neben anderen typischen Tabessymptomen krampfartige Zuckungen im Platysma und beim Sistieren derselben Krämpfe in der darunterliegenden Muskulatur aufweist, wodurch oft, während sie ein Würg- und Erstickungsgefühl hat, krampfartiges Gähnen erfolgt, wobei gleichzeitig der Kopf an die Brust gerissen wird. Daneben bewegt sich unter angeblich heftigen Schmerzen im distalen Larynxteil fast kontinuierlich spontan der Kehlkopf auf- und abwärts. Die in Betracht kommenden Muskelgruppen werden vom Fazialis, motorischen Trigeminus und Hypoglossus, weiterhin von den obersten Zervikalnerven versorgt. Verf. faßt diese Krampferscheinungen als Krisen auf, da in denselben sensiblen Gebieten eine Hyperästhesie besteht. E. Langer-Berlin.

Frühgeburtsstatistik und kongenitale Lues, von E. Kehrer-Dresden. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 6, S. 226.) Statistische Bearbeitung des Frühgeburtenmaterials der letzten 8 Jahre. Im Gegensatz zu anderen Autoren findet Kehrer nur in rund 7% aller Frühgeburten eine positive WR bei der Mutter. Die Häufigkeit der Lues bei Totgeburten beträgt 21%. Nur die Hälfte der syphilitischen Frühgeburten blieb am Leben, und von den luetischen starben mehr als doppelt soviel Kinder vor oder während der Frühgeburt ab (48,5%), als es sonst geschah (20%). Die Prognose für alle von einer luetischen Mutter getragenen Früchte ist also eine schlechte, und zwar sowohl während ihrer intrauterinen Entwicklung, als auch bezüglich ihrer Anfälligkeit gegenüber äußeren Einflüssen nach der Geburt. F. Landauer-Berlin.

Über angeborene Syphilis, von K. Hochsinger. (W. m. W., Nr. 8 und 9, S. 391.) Nach eingehender Besprechung des Colleschen und Profetaschen Gesetzes, wobei Verf. selbst für die Möglichkeit einer rein paternen Infektion eintritt, geht er auf die Bedeutung der serologischen Untersuchung ein, die bei der kongenitalen Lues oft sehr unsicher ausfällt, so daß sie nicht als Richtschnur für eine Therapie dienen kann. Des weiteren setzt er in seinem als Fortbildungskurs gedachten Aufsatz die im Verlaufe der angeborenen Lues vorkommenden Haut-, Knochen- und viszeralen Symptome auseinander. Ein erscheinungsfreies Kind mit negativer WR bei kranker Mutter hält er auf Grund seiner Anschauungen nicht für behandlungsbedürftig. Überhaupt soll die kongenitale Lues nie nur allein auf den Befund bei den Eltern hin, sondern erst nach Auftreten von Symptomen einer Therapie unterzogen werden. E. Langer-Berlin.

Über Lues congenita und acquisita im Kindesalter, von Joh. Fabry-Dortmund. (M. Kl., 1923, Nr. 2.) Der Fötus wird gewöhnlich von der Mutter plazentar infiziert, unter Umständen muß jedoch auch dem Sperma die Fähigkeit zu infizieren zugesprochen werden. Bei gleichzeitiger Lues von Vater und Mutter ist Lues congenita die Regel, ebenso im allgemeinen, wenn die Mutter allein erkrankt ist; Ausnahmen kommen vor, z. B. wenn es sich bei ihr um eine Lues im dritten Stadium handelt. Behandlung der Mutter in der Gravidität verbessert die Chancen für das Kind, besonders je weiter die Ansteckung hinter der Konzeption zurückliegt. In den zwei letzten Monaten der Gravidität ist der Übergang der Lues auf das Kind selten. Je später bei dem Kinde Erscheinungen auftreten, um so günstiger ist es. Im frühesten kindlichen Alter ist wahrscheinlich die Verbindung Epidermis und Kutis noch keine so innige wie später, das gibt die Erklärung für das Prävalieren gewisser Exantheme (epidermolysisartige, erodierende, Pemphigus, Rhagaden, Impetigo-, Rupiaformen); psoriasisartige und lichenoide Exantheme sind seltener. Bei älteren Kindern handelt es sich oft um die Frage, ob eine akquirierte Syphilis vorliegt, stark gewucherte Condylomata lata sprechen für eine solche. Schwierig ist oft die Abgrenzung von tuberkulösen Affektionen (Erythema induratum). Metalues ist anscheinend bei Kindern äußerst selten. Die Behandlung stimmt im allgemeinen mit der der Erwachsenen überein; als Adjuvans dient bei Säuglingen die Milch der behandelten Mutter. E. Levin-Berlin.

Zur Verhütung der kongenitalen Syphilis, von G. A. Wagner-Prag. (M. Kl., 1923, Nr. 1.) Abgesehen davon, daß in den letzten Monaten der Schwangerschaft nicht selten auch das Blut nichtsyphilitischer Schwangerer eine positive Reaktion ergibt

Digitized by Google

(Reichtum des Blutes an Lipoiden), wird dadurch auch für den Schutz des dann meist schon infizierten Kindes nichts erreicht und es kann sich dann nur noch um die Behandlung des kongenital kranken Kindes handeln. Deshalb scheint es angebracht, systematische Untersuchungen bei Frühschwangeren anzustellen, die einwandfreiere serologische Resultate und eine gewisse Gewähr dafür geben, durch entsprechende Behandlung die kongenitale Syphilis zu verhüten. Diese ist stets matern, und zwar konzeptionel plazentar und endet meist durch eine im 6.—8. Monat erfolgende Überschwemmung des mit Fötus Spirochäten letal. Die Behandlung muß, um eine Infektion des Kindes zu verhüten, möglichst frühzeitig während der (jedesmaligen) Schwangerschaft erfolgen, eine Dauerwirkung für spätere Graviditäten kommt besonders dem Hg nicht zu. An der Prager Deutschen Frauenklinik wird die systematische und prinzipielle Untersuchung auf Syphilis durch genaue Anamnese, somatische Untersuchung und Anstellung der WR bei allen Frauen, die wegen Konstatierung der Schwangerschaft das Ambulatorium der Klinik aufsuchen, durchgeführt. E. Levin-Berlin.

Luetische Neugeborene mit Sachs-Georgi-Reaktion positiv und Wassermann-Reaktion negativ, von B. Váró-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1922, Nr. 5.) Auf der Gynäkologischen Klinik, wo durchschnittlich jährlich 2200 Geburten geleitet werden, fanden sich, seitdem sämtliche Mütter der luetischen Kinder auf Seroreaktion untersucht werden, keine einzige, die frei von Lues gewesen wäre. In 9 Fällen gab die WR ein negatives Resultat, wo die Kontroll-SGR + ausfiel. Die Provokationsmethoden nach Gennerich wurden 7mal angewendet, doch die Umkehrung in das Positive (+++) gelang nur einmal (einmal ++, einmal +, einmal ±) und einmal nach Hg-salicyl. von 5 Fällen. Nach Conradi-Sklarekscher Provokation (1 ccm Typhusvakzin) blieben alle 5 Fälle WR —. Wenn der Verf. die luetischen Kinder nicht gesehen hätte, hätte er die + SGR für unspezifisch gehalten. Sämtliche Mütter waren klinisch luesfrei, die Anamnese ohne Verdacht, nur noch zwei Fälle waren in der Anamnese auf Lues verdächtig, mit WR — und SGR +. M. Porosz-Budapest.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die VI. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie findet vom 26. bis 29. September 1923 in Berlin statt. Referate: Posner-Berlin, Urologie und Konstitutionsproblem; Casper-Berlin, 25 Jahre Ureterenkatheterismus; Du Bois-Reymond-Berlin, Blum-Wien, Ureter und Nierenbecken; Kümmell-Hamburg, Volhard-Halle a. S., Chirurgische Behandlung der Nephritis; Róna-Berlin, Kolloidchemie des Harns; v. Lichtenberg-Berlin, Chirurgie der Samenwege.

Geh. Reg.-Rat Prof. Paul Uhlenhuth in Marburg wurde zum Direktor des hygienischen Institutes in Freiburg i. B. ernannt.

Prof. Ernst Nathan in Frankfurt a. M. wurde zum leitenden Arzt der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Nürnberg ernannt.

Dr. Fred Wise und Dr. Isadore Rosen wurden zu Assistant Professors für Dermatologie am College of Physicians and Surgeons an der Columbia University in New York ernannt.

Prof. Leo v. Zumbusch in München wurde zum korrespondierenden Mitglied der Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

Prof. J. Kyrle in Wien wurde zum ausländischen Mitglied der schwedischen Ärztegesellschaft in Stockholm gewählt.

Reg.-Rat Dr. Josef Preindlsberger wurde zum Vorsitzenden der Wiener Urologischen Gesellschaft gewählt.

Dr. Leo Kumer und Dr. Herbert Planner wurden zu Schriftführern der Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. Juli 1923 | Nr. 28 | Band 77

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wiesbaden (Oberarzt Dr. Gutmann).

Erfahrungen mit dem Wismutpräparat Nadisan, in Kombination mit Neosalvarsan bei der Behandlung der Syphilis[1]).

Von

C. Gutmann.

Es ist das Verdienst der Pariser Forscher Sazerac und Levaditi, 1921 das Wismut in die Therapie der Syphilis eingeführt zu haben. Zurückgreifend auf Versuche ihrer Landsleute Sauton und Robert prüften sie neben anderen Bi-Verbindungen das Kaliumnatrium-Wismuttartrat, von ihnen Trepol genannt, zunächst bei experimenteller Kaninchensyphilis und der spontanen Kaninchenspirochätose und sahen dabei sehr günstige Heilerfolge, während bei Trypanosomeninfektion die Ergebnisse weniger überzeugend waren. Dann gingen sie zu einigen Versuchen am Menschen über und konnten feststellen, daß auch die menschliche Lues durch intramuskuläre Injektionen des in Öl suspendierten Präparates recht gut beeinflußt wurde. Der Nachprüfung der erzielten Resultate auf breiter Grundlage unterzogen sich alsdann in Frankreich Fournier und Guénot; sie konnten nur bestätigen, was Levaditi und Sazerac von dem Präparat gesehen hatten. Seit diesen beiden grundlegenden Arbeiten sind nun in schneller Folge eine außerordentlich große Zahl von Publikationen erschienen, die sich mit der Frage der Wismuttherapie der Lues befassen, im wesentlichen in Frankreich selbst, aber auch in Spanien, Portugal, Südamerika und anderswo mehr. Von deutschen Autoren, die bisher zu diesem Thema sich geäußert haben, ist in erster Linie Hugo Müller-Mainz zu nennen, dem das Verdienst zukommt, durch seine im April 1922 veröffentlichte Arbeit „Die Behandlung der Syphilis mit Wismut" die Frage der Bi-Therapie auch bei uns in Fluß gebracht zu haben. Von weiteren in deutschen Zeitschriften erschienenen Arbeiten über Wismut nenne ich diejenigen von Deselaers, Felke, Bloch, Neuendorf, Görl und Voigt, Lehner und Radnai, Guszmann und Pogany, Pinkus, Voehl, Schreus, ohne damit irgendwie Anspruch auf absolute Vollständigkeit zu erheben. Zahlreiche dieser Arbeiten bringen nun aber nicht nur eine Nachprüfung des Trepols und zugleich, im

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins der Ärzte Wiesbadens am 16. Mai 1923.

Digitized by Google

großen ganzen wenigstens, zustimmende Urteile über die Wirksamkeit des neuen Antisyphilitikums, sondern enthalten auch Mitteilungen über andere neue Bi-Verbindungen, teils einfacher, teils komplizierter Zusammensetzung, mit denen die gleichen oder auch bessere Effekte als mit dem Trepol erreicht werden sollen. Alle diese Präparate im einzelnen hier anzuführen, erscheint um so überflüssiger, als sie im wesentlichen naturgemäß ausländische Erzeugnisse sind und ihrer dementsprechend hohen Preise wegen für uns kaum in Frage kommen können. Um Ihnen aber doch wenigstens einen Begriff von der großen Zahl der bisher therapeutisch verwandten Bi-Präparate zu geben, möchte ich erwähnen, daß Hugo Müller in seinem im Februar d. J. erschienenen Referat über die Wismutbehandlung der Lues nicht weniger als 23 verschiedene Bi-Verbindungen ausländischer Herkunft namentlich anführt, und dabei ausdrücklich betont, daß diese Liste nicht als vollständig gelten könne. Uns interessieren vor allem unsere deutschen Präparate. Es war ja klar, daß unsere hochentwickelte chemische Industrie nicht lange auf diesem Gebiet den untätigen Zuschauer spielen würde und durfte, zumal doch die Berichte über die mit dem Wismut zu erzielenden Erfolge recht vielversprechend lauteten. Und so verfügen wir denn in der Tat schon heute über einige deutsche Präparate, die an Verträglichkeit und Wirksamkeit denen des Auslandes nicht nachzustehen scheinen. Zu erwähnen ist hier zunächst Bismogenol-Tosse, das erste von deutscher Seite auf den Markt gebrachte, und zuerst von Deselaers studierte Bi-Präparat; zweitens das von Felke in die Luestherapie eingeführte, schon früher gegen Ekzeme und Pyodermien gebrauchte Milanol-Athenstädt; drittens das Nadisan-Kalle, über das schon kurze Ausführungen von Hugo Müller vorliegen, und von dem nachher ausführlich zu sprechen sein wird. Ich nenne ferner das Bismoluol-Richter, weiter das Bisan-Bayer, mit dem Schreus einige Versuche angestellt hat, und ich möchte endlich Ihre Aufmerksamkeit auf eine jüngst erschienene Arbeit von Plaut und Mulzer hinlenken, die eine Anzahl neuer Bi-Präparate der Firmen Merck, Boehringer und Knoll im Tierexperiment prüften, und darunter eines, das M/B 310, von ihnen Embial genannt, fanden, das ihnen geeignet erscheint, in die Therapie der Syphilis des Menschen eingeführt zu werden. Letzteres Präparat ist deshalb besonders interessant, weil es in gewissem Maße öllöslich ist, und die 8%ige ölige Lösung völlig homogen aussieht und nicht absetzt. Diese Liste der deutschen Präparate ist natürlich auch nicht ganz vollständig, aber soviel ich sehe, sind nur diese Verbindungen an Tier und Menschen, oder doch wenigstens an ersteren, geprüft. Es ist zweifellos, daß ihnen bald weitere, vielleicht in unerwünscht großer Zahl, folgen werden.

Auf die Toxikologie des Wismut im allgemeinen hier einzugehen und die Wirkungen und Nebenwirkungen der für die Luestherapie bereits empfohlenen Bi-Präparate, die Art ihrer Applikation u. a. m. zusammenfassend zu besprechen, würde viel zu weit führen. Wer sich für diese Dinge interessiert, und das müßte natürlich ein jeder, der diese Therapie ausüben will, dem möchte ich in erster Linie das bereits erwähnte Referat von Hugo Müller angelegentlichst zum Studium empfehlen,

Digitized by Google

in dem das alles in vorzüglicher Weise dargestellt ist. Es wird sich aber natürlich im Verlauf meiner weiteren Ausführungen des öfteren nicht umgehen lassen, auf die in der Literatur schon niedergelegten Erfahrungen über die Wismuttherapie der Lues zurückzugreifen.

Ich wende mich nunmehr zur Besprechung der Ergebnisse un erer Versuche mit Nadisan-Kalle. Zunächst aber einige Worte über das Präparat als solches. Nach den Mitteilungen der Firma ist Nadisan das Kalisalz der Bismutylweinsäure, welches mit hochdispersem kolloidalem Wismuthydroxyd gesättigt ist. Es ist in Wasser sehr reichlich, aber etwas langsam löslich zu einer milchig-opaken Flüssigkeit von neutraler Reaktion. In Öl ist das Nadisan unlöslich. Die auf mechanischem Wege hergestellte Suspension in reinstem Olivenöl für die intramuskuläre Injektion ist so eingestellt, daß 1 ccm der Suspension 0,1 g des Salzes = 0,05 Wismutmetall enthält. Die ölige Suspension bildet bei längerem Stehen einen weißen Niederschlag, der nicht verklumpt, sondern durch kräftiges Schütteln leicht wieder in Suspension gebracht werden kann.

Als mir die Firma Kalle in der zweiten Oktoberhälfte 1922 ihr Präparat zur Prüfung übergab, besaß ich so wenig wie heute Kenntnisse über eine andere Bi-Verbindung aus eigener Erfahrung. Als Basis für unsere Versuche konnten zunächst lediglich die ganz allgemein und kurz gehaltenen Ausführungen Hugo Müllers über diese Verbindung auf der südwestdeutschen Dermatologentagung zu Frankfurt am 17. Oktober und die tierexperimentellen Ergebnisse der Fa. Kalle dienen. Im übrigen mußte ich mir Rat in der Literatur darüber holen, in welcher Art wir das Präparat beim Menschen anwenden sollten. In Frage kam für mich zunächst wenigstens nur der Weg der intramuskulären Injektion aus mehrfachen Gründen. Zwar lagen damals bereits vereinzelte Berichte von Autoren vor, die das Wismut intravenös ohne Schaden injiziert hatten; im allgemeinen wurde aber doch dringend vor dieser Applikationsart des Bi gewarnt, weil sich im Tierversuch gezeigt hatte, daß Bi, intravenös einverleibt, um das Vielfache toxischer wirkt, gegenüber der intramuskulären Injektion. Ferner herrscht ja ganz allgemein und wohl auch mit Recht, die Auffassung, daß ganz analog den mit Hg gemachten Erfahrungen, intramuskuläre Injektionen öliger Bi-Aufschwemmungen wegen der langsamen, aber über längere Zeit sich erstreckenden Resorption, eine intensivere Wirkung entfalten als Injektionen löslicher Salze, sei es in die Muskulatur oder gar direkt in die Blutbahn. Vor allem aber war damals das Nadisan für die Zwecke der intravenösen Einverleibung noch nicht genügend durchgearbeitet und im Tierversuch studiert. Zweitens mußten wir uns überlegen, welche Einzeldosis und welche Gesamtmenge wir im Verlauf einer Kur geben sollten. Vom Trepol z. B. wurden anfänglich während 3—4 Wochen jeden 2.—3. Tag 2—3 ccm der 10%igen Suspension injiziert, d. h. pro dosi, da das ursprüngliche Trepol 64% metallisches Bi enthält, 0,128 bzw. 0,192 Bi-Metall. Diese Dosierung war entschieden zu hoch, was ohne weiteres daraus hervorgeht, daß zahlreiche Albuminurien und Stomatitiden zur Beobachtung kamen. Allmählich scheint man nun auch in Frankreich und anderswo von dieser massiven Dosierung zurückzukommen. So rät

Digitized by Google

u. a. Escher, der in 15% seiner Fälle Albuminurie feststellte, dringend zu kleineren Einzeldosen und größeren Intervallen, und empfiehlt 2 ccm jeden 4.—5. Tag zu geben, bei Lues latens nur eine derartige Injektion wöchentlich zu machen. Was die deutschen Präparate anbelangt, so lagen betreffs Dosierung bei Beginn unserer Versuche mit Nadisan Angaben von Deselaers über das Bismogenol und von Felke hinsichtlich des Milanols vor. Deselaers gibt als Anfangsdosis 0,2 ccm Bismogenol, dann jeden 4. Tag 1 ccm, im ganzen 10 Injektionen. Felke macht 10—14 Milanolinjektionen innerhalb 30—40 Tagen, und zwar anfangs 1,5 ccm mit zwei freien Tagen zwischen den Injektionen, von der 6. ab meist nur 1 ccm mit 3—4 freien Tagen, und zwar mit Rücksicht auf die Speicherung des Mittels im Organismus. Nach Hugo Müllers Angaben beträgt für die deutschen Präparate die Dosis etwa 1 ccm bei 12—14 Injektionen. Wir entschlossen uns demgemäß, als Dosis der Wahl 1 ccm der 10%igen Nadisan-Emulsion anzusehen, und diese Dosis jeden 3. Tag zu geben, im ganzen 12mal innerhalb einer Kur. Endlich mußten wir uns darüber schlüssig werden, ob wir reine Wismutkuren durchführen oder mit Salvarsan kombinieren wollten. Vom rein wissenschaftlichen Standpunkte aus hätte unsere Entscheidung natürlich dahin fallen müssen, lediglich vom Nadisan Gebrauch zu machen, da wir nur auf diese Weise einen ganz klaren Einblick in die Wertigkeit des Präparates hätten gewinnen können. Ich konnte mich aber um so weniger dazu entschließen, auf die Mithilfe des im ganzen doch hoch bewährten Salvarsans zu verzichten, als ich wußte, daß Hugo Müller an seiner Klinik bereits eine reine Nadisantherapie betrieb, und andererseits bei Bloch gelesen hatte, daß er die Durchführung von Salvarsan-Wismutmischkuren mit bisher ganz vorzüglichen Resultaten begonnen hatte. Näheres darüber ist aber, soweit ich sehe, aus der Blochschen Klinik bisher nicht veröffentlicht worden. Daß bei der einzuschlagenden Nadisan-Salvarsan-Therapie die Möglichkeit gewahrt werden mußte, wenigstens einigermaßen Kenntnis von der Wirkungsweise des Nadisans zu erhalten, war klar. Es mußte also, wenigstens bei Kranken mit sichtbaren Erscheinungen einer Lues, die Behandlung mit Nadisan eingeleitet werden und erst im weiteren Verlauf der Kur das Wismutpräparat in irgend einer Kombination mit Salvarsan verabfolgt werden. Auf Grund sorgfältiger Erwägungen kam ich schließlich dazu, folgende 2 Behandlungsschemata aufzustellen. Wir verabfolgen zunächst jeden 3. Tag eine intramuskuläre, im ganzen 6 Nadisaninjektionen. Anfänglich injizierten wir bei der ersten Einspritzung nur 0,5 ccm, seit langem aber geben wir bei sämtlichen Injektionen 1 ccm. Darauf kommt ein Ruhetag, alsdann eine Serie von Neosalvarsaninjektionen 3 Tage hintereinander, täglich Neosalvarsan Dos. III. Darauf wieder ein Tag Ruhepause. Alsdann folgen 3 Nadisaninjektionen wie oben, sodann nochmals ein Salvarsanzyklus von 3 Einspritzungen à Dos. III, dann wieder 3 Nadisan-, und zum Schluß nochmals 3 Salvarsanspritzen. Oder aber wir beginnen mit einem Salvarsanzyklus obiger Art, geben dann 6mal Nadisan, darauf 3mal Neosalvarsan, sodann nochmals 6mal Nadisan, und schließen wiederum mit Salvarsan ab. Insgesamt erhalten also die Kranken nach beiden Verfahren im Verlauf von etwa 6 Wochen 12 Nadisan- und 9 Neosal-

Digitized by Google

varsaninjektionen, das sind 1,2 g Bi-Salz = 0,6 metallisches Bi + 4,05 g Neosalvarsan. Anfangs verfuhren wir nach dem 2. Behandlungsschema bei allen symptomlosen Luesfällen, bei denen ja sowieso ein Studium der Wirkung des Nadisans auf luetische Manifestationen wegfiel, und namentlich bei ganz frischen Primärfällen, da wir gerade bei ihnen auf starke, initiale therapeutische Schläge nicht verzichten wollten. Sehr bald aber haben wir nur noch das 1. Schema als Grundlage unseres therapeutischen Vorgehens benutzt. Es bietet eben doch, abgesehen von der Möglichkeit, die Beeinflussung der Spirochäten und der jeweiligen klinischen Symptome durch das Nadisan zu verfolgen, auch noch den einen, vielleicht nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß durch das Einschieben je einer Serie von Salvarsaninjektionen nach der 6. und nach der 9. Nadisanspritze die Applikation der letzten 6 Wismutinjektionen etwas in die Länge gezogen und somit einer vielleicht zu starken Speicherung des Wismuts ein wenig vorgebeugt wird, die ja, wie schon erwähnt, FELKE durch Herabsetzung der Einzeldosis und Vergrößerung des Intervalles zwischen den Wismutinjektionen in der zweiten Hälfte der Kur zu vermeiden sucht.

Wie vertragen denn nun die Kranken diese doch recht energische Behandlung? Da kann man nur sagen, überraschend gut. Zuvor aber noch ein Wort über die hier geübte Anwendungsweise des Salvarsans. Sie ist keineswegs neu, sondern lehnt sich an ein Verfahren von SCHOLTZ-Königsberg an, das dieser schon 1913 warm empfohlen hat, und das darin besteht, daß er an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Salvarsan gibt, und zwar 2 Injektionen am ersten und eine 3. am Morgen des folgenden Tages, und das er dann später dahin abänderte, daß er an zwei aufeinanderfolgenden Tagen sogar je 2 Injektionen mit Altsalvarsan macht. Ähnliche Wege haben dann später GÄRTNER, LÜTH, BROCK und KYRLE eingeschlagen, von dem Gedanken getragen, im Blute für längere Zeit einen möglichst hohen und kontinuierlichen Salvarsanspiegel zu erzeugen und so eine möglichst starke Wirkung zu erzielen. Im übrigen besaß ich auch selbst bereits reichliche Erfahrungen auf dem Gebiet dieser SCHOLTZschläge, wie sie BROCK bezeichnet. Wir hatten nämlich, bevor uns das Nadisan übergeben wurde, an annähernd 100 Fällen nicht publizierte Versuche mit Novasurol bzw. Cyarsal + Neosalvarsan, aber nicht in Mischspritze, sondern getrennt injiziert, angestellt, und dabei im Verlauf von 45 Tagen nicht nur 3mal Neosalvarsan Dos. III an drei aufeinanderfolgenden Tagen, sondern sogar 6mal Dos. II in dem gleichen Zeitraum, d. h. 1,8 g Neosalvarsan in 3 Tagen, oder gelegentlich auch 4mal Neosalvarsan Dos. III in 4 Tagen verabfolgt, ohne dabei nennenswerte Zwischenfälle zu erleben. Wir konnten also mit ruhigem Gewissen in der oben angegebenen Weise das Salvarsan in unseren Behandlungsplan einfügen.

Welche Störungen haben wir nun bei diesen Salvarsan-Wismutmischkuren erlebt? Was zunächst das Salvarsan anlangt, so haben wir von ihm bei unserer Versuchsanordnung nur minimale Nebenwirkungen gesehen. Ich muß mir versagen, darauf hier näher einzugehen; viel wichtiger ist im Rahmen dieser Ausführungen die Frage nach der Verträglichkeit des Nadisans, die durchaus im Vordergrund des

Digitized by Google

Interesses steht. Wir haben zunächst nach Nadisaninjektionen verhältnismäßig oft eine Fieberkuppe feststellen können, wie folgende Zahlen zeigen. Ich verfüge über Temperaturmessungen nach 449 intramuskulären Injektionen, die an 44 Kranken ausgeführt sind. Bei 38 dieser Patienten wurde die Behandlung mit Nadisan eingeleitet. 8 davon, das ist rund $^1/_5$, bekamen nach der 1. Injektion sogen. Spirochätenfieber, das 6mal unter 38° blieb, 2mal 38,1 bzw. 38,4 betrug, im großen ganzen also nicht die Höhe erreichte, die wir bei Salvarsan zu sehen gewohnt sind. Das ist ja eigentlich auch ganz selbstverständlich, angesichts des Umstandes, daß von dem Muskeldepot aus die Resorption sehr langsam erfolgt. Es bleiben noch übrig 411 zweite und weitere Injektionen, nach denen die Temperatur kontrolliert wurde, und unter diesen lösten nicht weniger als 39 Fieber aus, das allerdings auch hier nur 6mal 38,0 und mehr erreichte. Zusammengefaßt, verursachten mithin von insgesamt 449 Einspritzungen 47, d. h. etwa 10,4% Fieber. Es kommt aber nun noch etwas weiteres hinzu. Wir konnten nämlich, abgesehen von diesen direkt an die Injektionen sich anschließenden Temperatursteigerungen, nach weiteren 31 Injektionen das Folgende feststellen. Die Kranken bekamen ihr Fieber nicht am Tage der Einspritzung, sondern erst am darauffolgenden Tage; vereinzelt war es aber auch so, daß die Patienten sowohl am Tage der Nadisan-Applikation als auch am Tage danach fieberten. Aber auch diese Temperaturen hielten sich durchweg in niedriger Höhe. Irgendwelche besondere Ursachen für das Auftreten der Temperatursteigerungen konnten wir niemals ermitteln, so daß wir sie wohl dem Nadisan zur Last legen müssen, das ja in öliger Suspension injiziert, zweifelsohne am Orte der Einspritzung ein Trauma setzt und, bis zu einem gewissen Grade wenigstens, gewebsschädigend wirken muß, wenn es auch im Tierversuch keine Nekrosen erzeugt. Im übrigen bieten aber diese Vorkommnisse keinen Grund zur Beunruhigung dar und bringen dem Kranken keinerlei Schaden. Ich glaube auch nicht, daß derartige Dinge nur bei Verwendung des Nadisans vorkommen; man wird sie vielmehr bei genauer Kontrolle sicher auch bei anderen Bi-Präparaten und ebenso auch beim Gebrauch speziell der unlöslichen Hg-Verbindungen finden. Eigene Erfahrungen darüber fehlen mir freilich. Im übrigen haben diese Temperatursteigerungen uns niemals dazu bestimmen können, von unserem Behandlungsschema abzuweichen.

Ich komme nunmehr zur Besprechung der Frage der Bi-Imprägnierung der Mundschleimhaut und der Wismut-Stomatitis. Entscheidend für ihr Auftreten und den Grad ihrer Entwicklung sind im großen ganzen zwei Momente, nämlich die jeweilige Beschaffenheit des Gebisses und des Mundes überhaupt, und zweitens die Dosierung des Wismuts. Die massiven Dosen, die anfänglich von französischer Seite, noch dazu in kurzen Intervallen gegeben und empfohlen wurden, führten relativ oft zur Entwicklung einer Mundentzündung, sei es an umschriebenen Stellen oder in größeren Bezirken der Schleimhaut. Die bei uns in Deutschland übliche bescheidenere Dosierung schützt dagegen in weitgehendem Maße vor dieser Komplikation, die übrigens meistens

Digitized by Google

harmlos ist und schneller abläuft als ihre Schwester, die Hg-Stomatitis. Und so haben auch wir bei über 100 bisher mit Nadisan behandelten Fällen nur 3mal eine größere, im übrigen oberflächliche Ulzeration an der Unterlippe bzw. Wangenschleimhaut, d. h. eine umschriebene Stomatitis, sich entwickeln sehen. Wiederholt dagegen entstand, speziell im Bereich der unteren vorderen Schneidezähne, eine auf den Gingivalrand beschränkte, flache, nekrotisierende Entzündung, nachdem schon längere Zeit zuvor an diesen Stellen eine immer mehr zunehmende Wismutimprägnierung des Zahnfleisches sich etabliert hatte. Von dieser Wismutimprägnierung scheint nach unseren Feststellungen kaum ein Mensch gänzlich verschont zu bleiben. Sie ist aber ein ganz harmloser Vorgang und lediglich als ein Schönheitsfehler anzusprechen, dessen völliges Verschwinden allerdings manchmal recht lange, unter Umständen ein paar Monate, auf sich warten läßt. Es handelt sich dabei um die Ablagerung von Bi-Sulfid in der Schleimhaut, in der Hauptsache innerhalb der Papillen. Einige derart imprägnierte Schleimhautstücke konnte ich exzidieren und mikroskopisch untersuchen. Es ließ sich dabei, in Übereinstimmung mit MILIAN und PERIN und AZOULAY, die wohl als erste eingehend die Histologie der Wismut-Stomatitis studiert haben, folgendes feststellen: In den Papillen sieht man einen schwärzlichen Niederschlag in Form feinerer und gröberer Körnchen und Schollen, der am dichtesten in der Papillenspitze abgelagert ist und sie nicht selten völlig oder wenigstens fast ganz ausfüllt. Nach der Basis der Papille zu nimmt dann die Ablagerung dieser Körnchen im allgemeinen gradatim ab und überschreitet nach der Tiefe zu kaum die Spitzen der interpapillären Epithelleisten. Die Ablagerung ist also im wesentlichen an das Stratum papillare gebunden. Während an den Stellen der dichtesten Ablagerung nicht zu entscheiden ist, inwieweit die Bi-Körner außerhalb oder innerhalb von Zellen liegen, läßt sich anderwärts deutlich nachweisen, daß diese Körnchen sowohl von Endothelien als auch von Bindegewebszellen aufgenommen sind und auch in Lymphspalten liegen. Außerdem besteht sowohl in der pars papillaris als auch in der pars reticularis allem Anschein nach eine gewisse Zellvermehrung neben einer deutlichen Dilatation der Gefäße.

Makroskopisch präsentiert sich diese Bi-Ablagerung in ihren ersten Anfängen in Gestalt allerfeinster Pünktchen und Streifchen von schwarzgrauer oder auch mehr schwarzbrauner Farbe, die sich allmählich vergrößern und schließlich der ganzen befallenen Partie einen mehr gleichmäßig schwärzlichen Farbton, manchmal mit einem Stich ins Bläuliche, verleihen. Wir sahen, wie gesagt, die Bi-Imprägnierung des Zahnfleischrandes, den sogenannten Wismutsaum, eigentlich bei jedem unserer Kranken zur Entwicklung kommen, oft freilich nur in minimalem Grade und auf das Gebiet eines oder einiger weniger Zähne, insbesondere der unteren vorderen Incisivi beschränkt. Meist tritt diese Veränderung erst in der zweiten Hälfte der Kur in Erscheinung, manchmal aber auch schon nach den ersten Injektionen. Bei stärkerer Entwicklung des Saumes fiel uns zugleich auch oft eine eigenartige bläuliche, fast lila Verfärbung des Zahnfleisches in der Umgebung des eigentlichen Saumes auf. Bi-Imprägnierung anderer Teile der Mundschleimhaut haben

Digitized by Google

wir dagegen nur etwa 6mal beobachtet, und zwar sahen wir sie ausnahmslos nur an der Unterlippe und Wangenschleimhaut und stets nur an solchen Stellen, in deren Nachbarschaft zuvor schon ein starker Wismutsaum, unter Umständen kompliziert mit einer Randgingivitis bestanden hatte. Mit anderen Worten, eine primäre, d. h. zeitlich dem Wismutsaum vorangehende Bi-Imprägnierung irgend einer Mundschleimhautpartie kenne ich bisher nicht aus eigener Anschauung bei intramuskulärer Einverleibung des Nadisans.

Was weiter die Frage einer Nierenschädigung durch Wismut angeht, so berichten namentlich französische Autoren vielfach vom Auftreten fast stets leichter, rasch vorübergehender Albuminurien. Man wird Hugo Müller durchaus darin zustimmen müssen, daß nicht eine besondere Toxizität der französischen Präparate, sondern im wesentlichen die Anwendung zu hoher Dosen in zu kurzen Intervallen Schuld daran hat. In der deutschen Literatur hörte man demgegenüber bis in die letzte Zeit nur verhältnismäßig selten von dieser Störung, ganz unabhängig davon, ob französische oder deutsche Präparate zur Anwendung kamen, obwohl die Zahl der bei uns mit Bi behandelten Fälle doch auch schon eine ganz beträchtliche ist. Neuerdings hat aber dann Neuendorff mitgeteilt, daß er nach Bismogenol bei einem Gesamtmaterial von 43 Kranken 4 Fälle von schwerer Nierenschädigung beobachtet habe, obschon er sich bei seinen Versuchen genau an die Gebrauchsanweisung der Firma Tosse gehalten und wöchentlich nur 2 Injektionen à 1 ccm (12—15 Einspritzungen pro Kur) gegeben hatte. Unter unseren Nadisanfällen befindet sich nur ein einziger, der am Tage nach der letzten, d. h. 12. Injektion, geringe Spuren Albumen im Urin aufwies, die nach wenigen Tagen für immer verschwanden. Trotzdem ist es aber natürlich absolut notwendig, die allersorgfältigste Urinkontrolle bei Verwendung des Präparates auszuüben und sie in Zukunft, namentlich nach der Richtung hin auszudehnen, daß man sich, Felkes Rat entsprechend, außer der Untersuchung auf Eiweiß auch noch eine sorgsame Sedimentuntersuchung zur Regel macht. Es können nämlich nach Felkes Feststellungen Nierenepithelien, sei es isoliert, sei es in Verbänden auftreten, noch ehe Albuminurie nachzuweisen ist, eine Angabe, die vor kurzem von Kolle, Strasser und Rosner in weitestem Umfange bestätigt wurde. Diese Autoren fanden bei 39 Trepolfällen nach 10—12 Injektionen à 2 ccm 27mal ein pathologisches Nierensediment obiger Art, und diese Fälle schieden nur zu einem geringen Bruchteil Albumen aus.

Störungen an irgendwelchen anderen inneren Organen kamen bei uns nicht zur Beobachtung, dagegen sah ich je einmal ein fragliches und ein sicheres Hautexanthem. Der erste Fall verlief folgendermaßen: Ein 21jähr. Mädchen mit Lues I fieberte am Tage der 4. Nadisaninjektion bis 37,8; am nächsten Tage 39,2, am 3. Tage desgleichen, am 4. vormittags 40,2. An diesem Tage besteht ein kleinfleckiges, kaum erhabenes Erythem um den Nabel herum und an der Streckseite der Oberarme und Oberschenkel. Tags darauf 38,4. Erythem hat erheblich zugenommen, ist teilweise zu großen Flächen konfluiert und findet sich jetzt auch an Brust, Bauch, an der ganzen Streck- und

Digitized by Google

Außenseite der Arme und Beine. 6 Tage nach der Einspritzung ist die Kranke fast entfiebert, das Exanthem stark abgeblaßt; am 7. Tage ist das Exanthem völlig geschwunden, ebenso das Fieber. Am gleichen Tage $^1/_2$ ccm Nadisan intramuskulär. Injektion reaktionslos vertragen. Kein Rezidivexanthem. 3 Tage darauf 1 ccm Nadisan, was wiederum keinerlei Reaktion auslöst. Kur wird, wie vorgesehen, zu Ende geführt, ohne daß erneut ein Exanthem ausbricht.

So nahe es auch liegt, als Ursache für das Auftreten des Exanthems das Nadisan zu betrachten, so kann ich mich zu dieser Auffassung nicht recht, oder doch nicht bündig bekennen, da, als das Exanthem gerade eben abgeklungen war, Nadisan bereits wieder anstandlos vertragen wurde. Nach den Erfahrungen, die mir vom Hg. und namentlich vom Salvarsan her auf diesem Gebiete zur Verfügung stehen, hätte unter den obigen Versuchsbedingungen ein Nadisaneyanthem doch wohl rezidivieren müssen. Ich kann mir nicht recht vorstellen, daß innerhalb weniger Tage, von einer Spritze zur anderen, eine Gewöhnung an das Mittel sich hätte ausbilden können.

Beim zweiten Falle handelt es sich um eine junge Frau, die im August 1922 nach 5 Neosilbersalvarsaninjektionen eine schwere Dermatitis bekam. Am 4. IV. d. J. sah ich sie dann wieder; sie war symptomlos und hatte eine negative WR und negative SGR. Ich machte ihr am 7. IV., 10. IV. und 16. IV. je eine intramuskuläre Nadisaninjektion zu 1 ccm. Am Abend des letzten Injektionstages hohes Fieber, Erbrechen und Durchfälle. Am 17. ist ein ausgedehntes erythematös-urtikarielles Exanthem zu konstatieren, das sich in den nächsten Tagen weiter ausbreitete und immer mehr den Charakter einer Erythrodermia exfoliativa annahm. Es kam letzten Endes jedoch nicht zu einer schweren Dermatitis, sondern die Haut erhielt allmählich im Laufe von etwa 4 Wochen wieder ihre normale Beschaffenheit.

Der Fall lehrt wieder einmal zur Evidenz, daß es, wenn auch wohl äußerst selten, eben doch Menschen gibt, deren Hautorgan den verschiedensten Medikamenten gegenüber pathologisch reagiert. So erwies sich dieser Fall als intolerant gegenüber Salvarsan und Wismut, wenigstens in der Form des Neosilbersalvarsans und Nadisans. Ich verspüre indes keine Neigung, bei ihm einen Versuch mit einem anderen Salvarsan- oder Wismut- oder auch mit einem Hg-Präparat zu machen, glaube im übrigen aber auch nicht, daß die Kranke sich zu irgend einem Experiment in dieser Richtung bereit erklären würde. Durch ein solches Vorkommnis wird natürlich nichts an der Tatsache geändert, daß schon eine ganze Reihe von arsen- und quecksilberintoleranten Fällen ohne Schaden Wismutpräparate erhalten haben. Auch wir verfügen über einen solchen Fall, der nach schwerster Silbersalvarsan-Dermatitis, soweit das Hautorgan in Frage kommt, Nadisan anstandslos vertrug.

Zieht man das Resumée aus diesen an rund 1500 intramuskulären Nadisaninjektionen gesammelten Erfahrungen, so kann man wohl sagen, daß das Mittel bei der von uns geübten Dosierung, 12mal 50 mg metallisches Bi in einer Kur, keine nennenswerten toxischen Eigenschaften entfaltet und nach dieser Richtung den Vergleich mit anderen Bi-Präparaten nicht zu scheuen braucht. Und so

Digitized by Google

könnte man wohl restlos mit dem Nadisan zufrieden sein, wenn ihm nicht in der Form der intramuskulären Injektion ein anderer Nachteil anhaftete, nämlich der, daß Öldepots des Nadisans häufig Schmerzen auslösen. Es ist selbstverständlich, daß wir die Injektionen genau nach den für die Einspritzung hochkonzentrierten Hg-Suspensionen geltenden Vorschriften ausführen. Ich glaube auch behaupten zu dürfen, daß wir diese Technik beherrschen, und doch bleibt kaum irgend jemand gänzlich von diesen Schmerzen verschont. Sie sind ja oft nicht bedeutend oder halten sich doch in erträglichen Grenzen; aber verhältnismäßig viele Kranke klagen doch darüber, daß die Beschwerden recht erheblicher Natur und auch von langer Dauer seien, so daß sie das Gehen, Sitzen und Liegen erschwerten. Manch einer erklärte mir sogar, daß er nach jeder Injektion schier unerträglich zu leiden habe. Nun haben wir die Injektionen bisher stets am stehenden Kranken gemacht, während Hugo Müller unbedingt anrät, sie im Liegen vorzunehmen und dann möglichst eine Viertelstunde Ruhe in liegender Stellung einhalten zu lassen. Müller will dadurch lokale Beschwerden an der Injektionsstelle und ihrer Umgebung fast stets vermeiden können. Möglich immerhin, daß die bei uns so häufigen Klagen darüber durch diese Differenz in der Technik der Injektionen sich erklären lassen. Zunächst habe ich nun einmal versucht, diesem Übelstand dadurch zu steuern, daß ich mir eine 20%ige Suspension herstellen ließ. Dadurch ergab sich der Vorteil, unsere Standarddosis von 50 mg Bi statt in 1 ccm in einem halben zu inkorporieren, wodurch natürlich ein geringeres Gewebstrauma gesetzt wird. Soweit unsere bisherigen Erfahrungen ein Urteil darüber gestatten, scheinen diese Injektionen, mit der halben Menge ausgeführt, im ganzen besser vertragen zu werden. Eine durchgreifende Änderung der Situation ist aber sicherlich auch damit nicht erreicht worden. Wir werden uns infolgedessen von nun an unter Verwendung der 20%igen Suspension das von Hugo Müller empfohlene Verfahren zu eigen machen.

Es gilt jetzt, die Frage zu erörtern, wie einmal die Spirochäten, und zweitens die sichtbaren Luessymptome durch das Nadisan beeinflußt werden.

In dem einzigen Falle, bei dem wir lediglich aus Gründen der Spirochätenkontrolle die Behandlung mit einer Injektion von 2 ccm auf beide Nates verteilt, einleiteten, waren die Spirochäten nach 24 Stunden verschwunden.

Bei Verabfolgung von 1,5 ccm in der Weise, daß am ersten Behandlungstage 0,5 und am übernächsten 1 ccm gegeben wurde, vergingen durchschnittlich 72 Stunden, bis wir die Spirochäte nicht mehr finden konnten. Bei Applikation von 1 ccm gelang, wenn wir zuwarteten, ihr Nachweis nicht mehr zwischen 30—78 Stunden. In 2 Fällen jedoch waren etwa 48 bzw. 60 Stunden post Injektionen dieser Dosis Spirochäten noch so reichlich vorhanden, daß wir nicht weiter zusahen, sondern uns entschlossen, sofort noch eine 2. Injektion von gleicher Stärke zu machen, mit dem Ergebnis, daß in beiden Fällen etwa 96 Stunden nach Einleitung der Behandlung die Untersuchung auf Spirochäten negativ ausfiel. Unter den Fällen, in denen wir die Spirochätenkontrolle

Digitized by Google

durchführten, zeigten nun aber 4 noch etwas Besonderes. Während sonst der Syphiliserreger unter dem Einfluß des Nadisans allmählich an Zahl abnimmt, ging hier der Abnahme eine ganz auffallende Vermehrung derselben voraus, wie 6—8—24 Stunden nach der Injektion angefertigte Präparate erwiesen. Diese zunächst festgestellte Zunahme erreichte ein solches Ausmaß, daß sie allein aus der Tatsache heraus, daß der Spirochätengehalt syphilitischer Läsionen zu verschiedenen Zeiten an sich erheblich schwanken kann, meines Erachtens nicht zu erklären ist. Ich neige vielmehr zu der Auffassung, daß diese vorübergehende Vermehrung als eine Reizwirkung des Wismuts angesprochen werden muß. Immerhin ist die Zahl der Beobachtungen zu klein, um das ganz bündig behaupten zu können. Sei dem aber wie ihm wolle, die Spirochäten sind nach unseren Feststellungen 24—96 Stunden nach Einleitung der Nadisanbehandlung verschwunden gewesen. Wenn wir nun von Hugo Müller hören, daß die Pallida nach 1—2 Spritzen à 2,0 Trepol in 2—5 Tagen schwindet, und weiter, daß die spirilloziden Erfolge der deutschen Präparate Bismogenol, Milanol und Nadisan denjenigen der französischen Präparate entsprechen, so decken sich also unsere Untersuchungsergebnisse mit diesen Angaben Müllers und sind ein weiterer Beweis dafür, daß das Nadisan den anderen Präparaten ebenbürtig, vielleicht sogar etwas überlegen ist, denn das gleiche Resultat wird erzielt, obwohl 1 ccm der Nadisansuspension nur 0,05 Bi-Metall enthält gegenüber beispielsweise 0,064 beim Trepol und gar 0,1 beim Milanol. Weiter geht aus unseren Befunden hervor, daß, gleichwie die sonst bekannten Bi-Verbindungen, das Nadisan eine weit stärkere spirochätentötende Wirkung entfaltet als Hg in irgend einer Form, daß es aber auch andererseits in dieser Beziehung an die Salvarsane nicht ganz heranreicht.

Was den Rückgang der jeweilig vorhandenen klinischen Symptome anlangt, so werde ich mich unter Verzichtleistung auf Beibringung von Krankengeschichten ganz kurz fassen, kann im übrigen auch gar nicht ein definitives Urteil abgeben, da ich ja, abgesehen von vereinzelten, für die Erledigung dieser Frage nicht verwertbaren Fällen, keine reine Nadisantherapie getrieben habe. Ich kann nur sagen, daß alle unsere Fälle, die bis auf 2 Fälle von Lues III der primären und sekundären Periode der Syphilis angehörten, während der einleitenden, über etwa 16—18 Tage sich hinziehenden Nadisaninjektions-Periode ausnahmslos sehr günstig auf das Mittel reagierten. Lueserscheinungen jeglicher Art gingen nicht nur gut zurück, es war niemals, auch nur vorübergehend ein Stillstand in der Abheilungstendenz zu bemerken. Natürlich waren am Abschluß dieser Periode keineswegs immer alle Symptome schon beseitigt. Manche Sklerosenreste, manche Überbleibsel von Exanthemen und vor allem auch Drüsenschwellungen erstreckten sich noch in den ersten Salvarsanzyklus hinein und auch oft noch über ihn hinaus. Ein primär Nadisanresistenter oder im Verlauf der ersten Injektionen Bi-fest gewordener Fall ist uns also bisher nicht begegnet. Derartige Fälle sind aber bei Verwendung anderer Bi-Präparate, wenn auch äußerst selten, beobachtet worden. Hugo Müller beispielsweise erwähnt zwei derartige Beobachtungen.

Digitized by Google

Deutliche Herxheimersche Reaktion sahen wir nur 2mal bei ausgedehnten Exanthemen, dagegen setzte in mehreren Fällen von Oedema indurativum nach der 1. Nadisaninjektion eine ganz auffallende Verstärkung der bestehenden Schwellung ein, die mehrere Tage anhielt und dann allmählich abklang. Diese Erscheinung dürfte wohl auch nur als eine an umschriebener Stelle sich abspielende Herxheimersche Reaktion gedeutet werden können.

Im großen ganzen ist also nach meinen Erfahrungen das Nadisan gleich anderen Wismutverbindungen ein Mittel, das die Erscheinungen aller Luesstadien recht gut beeinflußt. Auch in dieser Hinsicht übertrifft das Präparat zweifellos alle mir bekannten Hg-Verbindungen erheblich an Wirksamkeit. Die zu erzielenden Heileffekte bleiben aber eben so sicher im allgemeinen, wenn auch nicht erheblich, hinter dem zurück, was die verschiedenen Salvarsanpräparate leisten. Im übrigen bin ich der Meinung, daß das Nadisan nach dieser Richtung hin den bisher bekannten Bi-Verbindungen durchaus ebenbürtig ist. Milian bezeichnet bekanntlich die Aktionskraft des Hg mit 4, die des Wismut mit 7 und diejenige des Salvarsans mit 10. Will man sich überhaupt diese Milliansche Formel zu eigen machen, dann müßte meines Erachtens auch dem Nadisan die Zahl 7 zum mindesten zuerkannt werden.

Schließlich noch einige Bemerkungen über die serologischen Resultate bei unseren Nadisan-Salvarsankuren. Unserem Behandlungsschema entsprechend wurde die Kur in 70 Fällen durchgeführt. Bei keinem von ihnen zog sie sich über einen längeren Zeitraum als höchstens 8 Wochen hin; im Durchschnitt betrug die Behandlungsdauer 46 Tage, d. h. $6\frac{1}{2}$ Wochen. 53 Fälle waren bis dahin unbehandelt, von denen 9, darunter 8 wassermann-negative Primäraffekte, für die Beurteilung der serologischen Erfolge nicht zu verwerten sind.

Eine zweite Kategorie von 17 Kranken hatte bereits eine oder auch mehrere Kuren hinter sich, von denen einer, eine Lues latens seronegativa, außer Betracht bleiben muß.

In einer dritten Gruppe endlich, die 13 Fälle, darunter 11 verwertbare umfaßt, sind solche Kranke enthalten, bei denen das vorgesehene Behandlungsmaß zwar erreicht wurde, die Kur selbst aber infolge Lässigkeit der Patienten nur so verzettelt durchgeführt werden konnte, daß bis zu ihrem Abschluß 58—106 Tage dahingingen.

Was zunächst die erste Gruppe (44 Fälle) anlangt, so verhalten sich die serologischen Reaktionen bei Abschluß der Kur folgendermaßen: Unter 9 Fällen von seropositiver Lues I waren sie 6mal negativ, 3mal merklich abgeschwächt. Bei 33 Lues II-Fällen sind die entsprechenden Zahlen 23 bzw. 3; unverändert positiv erwiesen sich 7. Ein Fall von Lues III war negativ, 1 Fall von Spätlatenz positiv geblieben.

In der Gruppe 2 (16 Fälle) war die Situation so: Bei 14 Fällen von rezidivierender Lues II und seropositiver Frühlatenz war die Reaktion negativ 5mal, abgeschwächt 4mal und unverändert 5mal. Von 2 spätlatenten Fällen war der eine negativ, der andere noch positiv.

In der 3. Gruppe (11 Fälle) endlich finden sich am Ende der

Digitized by Google

Behandlung 4 negative Fälle, 4 mit schwächer gewordenen Reaktionen und 3 unverändert positiv gebliebene.

Anfügen möchte ich hier noch 2 Fälle, in denen es sich um $1^1/_2$ bzw. $2^1/_2$ Jahre alte Kinder handelt, die an einer sekundären Lues litten. Ersteres erhielt im Laufe von etwa 7 Wochen 12 Nadisan- (à 0,2 ccm) und 8 intramuskuläre Neosalvarsaninjektionen (1 mal 0,15 und 7 mal 0,045); am Schluß der Kur war WR unverändert ++++, SGR ——. Letzteres bekam in $6^1/_2$ Wochen ebenfalls 12 Nadisaneinspritzungen à 0,2 ccm und 9 mal Neosalvarsan à 0,045 intramuskulär. WR war hier schwächer geworden, SGR ++++ geblieben. Bei beiden Kindern wurden übrigens, nebenbei bemerkt, ganz unserem obigen Schema folgend, die Salvarsaninjektionen in Zyklusform zwischen die Nadisaneinspritzungen eingeschoben.

Zusammenfassend ergibt sich mithin als unmittelbarer Effekt einer Nadisan-Salvarsankur, wie wir sie durchzuführen pflegen, der, daß 40 völlig negativ gewordenen Fällen 16 mit abgeschwächten und 17 mit unverändert positiv gebliebenen serologischen Reaktionen gegenüberstehen.

(Schluß folgt.)

Zur Frage von der Entstehung der menschlichen Muttermäler.

Von

San.-Rat Dr. LEVEN in Elberfeld.

Die Entstehung der menschlichen Muttermäler hat in der Wissenschaft Anlaß zu den mannigfachsten Erklärungsversuchen gegeben. In der Hauptsache war die Nävusfrage eine solche der Topographie, bei der das Verhältnis der Muttermäler zu den Nerven, Blutgefäßen usw. untersucht wurde, und wenn auch der Gedanke, daß ihre Entstehung mit dem Keimplasma zusammenhänge, hier und da auftaucht (BETTMANN, HUTCHINSON), so gebührt doch das Verdienst, das Problem klar erkannt und durchgearbeitet zu haben, MEIROWSKY. Unter Ablehnung aller anderen bisherigen Theorien führt MEIROWSKY die Nävusgenese auf das Idioplasma zurück: weiterhin hat dann M. in Gemeinschaft mit mir die auffallende Ähnlichkeit zwischen Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der menschlichen Muttermäler geprüft, eine Ähnlichkeit, die ihm schon seit langem aufgefallen war. Wir sind dabei zu dem Ergebnis gelangt, daß die erwähnte Übereinstimmung nicht auf Zufälligkeiten beruhen könne, sondern daß es sich dabei um einen gesetzmäßigen Zusammenhang handeln müsse. Die eingehende Begründung unserer Auffassung kann ich hier nicht wiederholen, ich verweise auf unsere genannte Arbeit und muß mich darauf beschränken, nur hier und da bei meinen Ausführungen auf einzelne Punkte einzugehen.

Gegen unsere Ansicht sind nun in letzter Zeit verschiedene Einwände erhoben worden, mit denen ich mich im folgenden kurz beschäftigen möchte. Zunächst aber möchte ich in einigen Beispielen auf die auffallende Ähnlichkeit zwischen den in Rede stehenden Erscheinungsreihen hinweisen und das Problem kurz skizzieren.

Die Blesse ist eine allgemein bekannte Erscheinung, die sich bei zahlreichen Tieren in Form eines weißen Fleckes mit Vorliebe auf der Stirne findet. Sehr häufig stellt auch die pigmentlose Partie einen Längsstreifen dar, der sich in mehr oder weniger großer Ausdehnung nach oben hin bis zur Scheitelmitte, nach unten bis zur Nasenspitze erstreckt. Verbreitert sich die Blesse, so weicht das Pigment in bogenförmigen Linien zurück; es bleiben zunächst Augenflecken, dann Ohrenflecken übrig, ja es kann sogar ein ganz weißes Gesicht entstehen. In der Mitte einer solchen Blesse sieht man zu-

Digitized by Google

weilen einen länglich gestellten Pigmentrest, der sich auch bei der menschlichen Scheckung in charakteristischer Weise wiederfindet. Aus der Fülle der Tierzeichnungen greife ich noch die sogenannte Stiefelung oder Manschettenbildung heraus, die man tagtäglich auf der Straße bei Hunden, Pferden, Rindern beobachten kann, dann die Rückendecken, die Schwimmhosenform, die bei der bekannten Holländerzeichnung des Kaninchens ausgeprägt ist, und schließlich die Sprenkelung, die man am Fliegenschimmel studieren kann. Hervorheben möchte ich hier ferner noch die Erscheinung, daß Pigment und Pigmentlosigkeit alternierend auftreten; die gleichen Körperstellen bei verwandten Arten oder auch innerhalb derselben Art sind bald stark pigmentiert, bald pigmentlos. Alle diese Bilder finden wir wieder sowohl bei der Scheckung wie bei den Muttermälern, und so wesentliche Übereinstimmungen sind angesichts unseres reichhaltigen Materials unseres Erachtens nicht zufällig, sondern gesetzmäßig begründet. Die gemeinsame Wurzel von Tierzeichnung, Menschenscheckung und Muttermälern liegt im Idioplasma, und ihr Zusammenhang wird ermöglicht durch die Kontinuität desselben.

Ich verweise zur Illustrierung des Gesagten auf unsere Arbeit; hingewiesen sei nur kurz auf den Blenheim-Spaniel und den Schecken nach Buffon (Fig. 6 und 7), bei denen sich der charakteristische Pigmentrest innerhalb der Blesse in gleicher Weise wiederfindet, auf die alternierende Färbung der Zehen, bzw. Finger bei der Kaninchen- und Foxterrierpfote einerseits und Hand und Fuß des Kindes aus dem Sankt-Thomaskrankenhaus andererseits (Fig. 102—105), auf die Rückendecken bei Canis mesomelas und dem Lamm nach Henseler nebst den zugehörigen menschlichen Abbildungen (Fig. 71, 74, 75, 77), wobei die Gleichheit der Begrenzungslinien klar hervortritt, und schließlich auf die Scheckungszeichnung beim Pferde nebst dem entsprechenden lokalen Albinismus beim Menschen (Fig. 123 u. 124).

Ich komme nunmehr zur Besprechung der Einwände, die gegen unseren Erklärungsversuch erhoben worden sind.

1. „Die abnormen Mischungen, die in dem von Meirowsky und Leven besprochenen Gebiet als Genodermatosen in die Erscheinung treten, beziehen diese Autoren auf alte, im Keimplasma von früher Vorfahrenzeit her befindliche rezessive Anlagen, die zwar nicht sichtbar werden durch lange Zeiträume hin, aber stets weiter mitvererbt werden. Tritt eine dieser durch Tausende von Generationen im Verborgenen weiter vererbten Anlagen durch einen nicht deutbaren Zufall in die Erscheinung, so kann sie dominant werden und sich weiterhin sichtbar vererben" (Pinkus). Die Annahme, daß eine dieser besprochenen rezessiven Erbanlagen dominant werden könnte, lag uns ganz fern, P. meint hier vielleicht, sie könnten manifest werden und der nicht deutbare Zufall, von dem P. spricht, wäre dann, da er von rezessiven Erbanlagen spricht, das Homozygotwerden derselben. Aber wir haben, worauf ich gleich noch zurückkomme, von einer bestimmten Art des Erbganges überhaupt nicht gesprochen. Ich nehme nun an, daß P. zu seiner Auffassung dadurch gekommen ist, daß wir ganz allgemein bei den Muttermälern von einem „Rückschlag auf die Tierzeichnung" gesprochen haben. Es ist richtig, daß wir uns hierbei zu allgemein ausgedrückt haben und in diesem Sinne ist der Einwand berechtigt; Fälle, wie die von uns angeführten, in denen eine Scheckung in mehreren aufeinander folgenden Generationen vererbt wurde, können nicht gut als Rückschlag aufgefaßt werden. Wir sind aber überhaupt auf die Art des Erbganges nicht näher eingegangen und haben in dem Gedanken, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle wohl um das Auftreten von Vorfahrencharakteren, um ein Wiederzusammentreffen von Erbanlagen handele, ganz allgemein von Rückschlag gesprochen. Es kam uns eben in erster Linie darauf an, den Zusammenhang mit der Tierzeichnung zu betonen; die dominant vererblichen Fälle haben wir als Beispiele herausgegriffen, weil sich bei ihnen der Zusammenhang am leichtesten erkennen läßt. Die Art des Erbganges im einzelnen festzustellen, wird noch vieler Mühe bedürfen: die Verhältnisse liegen hier nicht einfach, und ich erinnere nur daran, daß es z. B. direkte Vererbungen gibt, die nicht mit dominantem Erbgange zusammenfallen, ich erinnere an die polymere Vererbung, an die geschlechtsabhängige Vererbung usw. Daß wir ganz auf dem Boden der Mendelschen Vererbungsregeln stehen, brauche ich wohl kaum hinzuzufügen.

In diesen Ausführungen liegt zugleich, was ich hinsichtlich der von P. gegen uns angeführten Ansicht Abels zu sagen habe. Diese präzisiert P. dahin, daß eine verloren gegangene Eigenschaft nie wieder fähig sei zurückzukehren, nur ähnliche Bildungen könnten zänogenetisch entstehen. Wenn etwas endgültig verloren gegangen ist, kann

Digitized by Google

es freilich nicht wiederkehren, es sei denn, daß dieselben Bedingungen, denen es sein Auftreten verdankte, wiederkämen, daß also im konkreten Falle dieselben Erbanlagen von demselben idiokinetischen Faktor getroffen würden und dieselben Umweltsbedingen zu derselben Auslese führen würden. Aber die betreffenden Erbanlagen sind ja nach unserer Auffassung gar nicht verloren gegangen, weder bei den dominant vererblichen Fällen, noch auch bei dem Rückschlag, bei dem es sich um ein Wiederzusammentreffen von Erbanlagen handelt. Sie sind also im Idioplasma noch vorhanden und treten bei ihrer Vereinigung im Außenbilde wieder in die Erscheinung. So erklärt sich das Wiederauftreten derartig „verloren gegangener Merkmale"; ohne diese Deutung wären sie unerklärliche Spiele der Natur.

P. sagt nun weiter: „Der Tierfellnävus kann so wenig ein Rückschlag auf felltragende Menschenvorfahren sein, wie die supernumeräre Mamma ein Rückschlag auf mehrzitzige Voraffen ist. Aber es kann durch irgend ein zeitliches Zusammentreffen örtlicher Bildungschancen eine Stelle des Körpers dunkleres Pigment und längere Haare entwickeln, falls nicht gar nur die abnorme Funktion sonst eines inneren Organes die Ursache davon ist, etwa in der Art, daß die Bildungs- und Funktionsanomalie im Nervensystem, die wir als Recklinghausensche Krankheit bezeichnen, als Teilerscheinung einen Tierfellnävus entstehen läßt. So können unter der Wirkung von Zufälligkeiten aus der stets angelegten, aber der Regel nach bis auf die beiden Mammae sich wieder zurückbildenden Milchleiste hier uud da eine oder mehrere Mammae supernumerariae hervorgehen, und sie sind doch nicht Erbschaften von Schwein oder Hund, körperlich weit spezialisierteren Tieren als der Mensch es ist, und von denen eine Rückkehr zu bereits verlorengegangenen Körpereigentümlichkeiten nicht möglich ist." Sicher beweisen läßt sich weder P.s noch unsere Auffassung über den Tierfellnävus: unsere Darstellung soll eben ein Versuch sein, die auffallenden Ähnlichkeiten mit Hilfe unserer jetzigen Kenntnisse zu erklären. Wenn aber P. als Beispiel für seine Anschauungen die Hyperthelie anführt, so glaube ich kaum, daß er hierbei viel Zustimmung finden wird. H. W. Siemens bezeichnet sie als echten Atavismus, wenn er auch nicht behaupten will, daß jeder Fall von Hyperthelie als Atavismus aufgefaßt werden müßte, und Lenz sagt, daß die überzähligen Brustwarzen zu den idiotypischen Mißbildungen gezählt werden können. Ich weiß auch nicht recht, wie sich P. bei dieser Mißbildung, die doch immerhin sich in zahlreichen Fällen in gleicher Weise wiederholt, die Zufälligkeiten vorstellt. Er versteht hierunter wohl die in nicht gesetzmäßiger Weise erfolgende Einwirkung des paratypischen Faktors, der Außenwelt. Daß dieser bei jeder Entwicklung eine Rolle spielt, ist selbstverständlich; das Idioplasma ist ja nicht von der Umwelt abgeschlossen und ist ihren Einflüssen unterworfen. Aber er tritt bei den erblichen Merkmalen, zu denen wir die Hyperthelie rechnen, gegenüber dem genotypischen Faktor ganz in den Hintergrund. Die Paravariationsbreite eines solchen Merkmales ist so gering, daß der Außenfaktor praktisch nicht in Betracht kommt, und wie mit der Hyperthelie, so verhält es sich im allgemeinen mit dem gesamten Komplex derjenigen Organe, die wir in der Ontogenese noch finden, die aber das fertige Individuum nicht mehr aufweist. Ich erinnere z. B. noch an die Bartenwale; im embryonalen Zustande haben sie Zähne und Zahnanlagen, reife Tiere besitzen dann die bekannten Fischbeinbarten. Das ist doch nichts anderes als ein Beweis dafür, daß ihre Vorfahren Zähne gehabt haben, und genau so ergibt sich die Schlußfolgerung, daß die Menschen mehrzitzig waren, wenn man auf dem Boden der Abstammungslehre steht, von selbst. Das ganze Auftreten solcher Merkmale in der Ontogenese bleibt uns sonst völlig unerklärlich und man käme zur Leibnizschen „prästabilisierten Harmonie". Ebenso weist uns der Tierfellnävus nachdrücklich auf Entwicklungsstufen aus der Tierreihe hin. Und wenn P. sagt, daß die entstehende Körperform vom zeitlichen Zusammentreffen der Ausbildungsorte abhänge und trotz aller zwangsläufigen Entwicklung nicht anders bezeichnet werden könne als zufällig, so scheint er mir auch hier angesichts des Umstandes, daß die Körperformen doch in ausgedehntestem Maße, oft bis in die subtilsten Feinheiten, sich streng vererben, den Einfluß des paratypischen Faktors stark zu überschätzen.

Haecker hat zur Erklärung der Pigmentierung das rhythmische Wachstum flächenhafter Organe, verbunden mit rhythmischer Differenzierung, herangezogen und wir haben hierbei hervorgehoben, daß uns das Haeckersche Prinzip nur annehmbar erscheint, wenn man an eine selektive Verknüpfung von Pigmentierung und vermehrter Zellteilung denkt. Neuerdings hat nun Krieg, durch Haeckers „Entwicklungsgeschichtliche Eigenschaftsanalyse" angeregt, die Haeckersche Theorie dadurch erweitert, daß er zur Er-

Digitized by Google

klärung der Zeichnung die Hautfaltung hinzuzieht. Die Zeichnung ist nach ihm das Abbild der dynamischen Zustände der Haut während jener Phase der Entwicklung, welche für die Anordnung der pigmentbildenden Zellen „kritisch" gewesen ist. Er läßt die Pigmentierung durch andere, die Nachrücklichkeit und das Tempo der durch sie angeregten Entwicklungsvorgänge bestimmenden Faktoren bedingt sein. Statt auf spezifische Pigmentfaktoren will K. demnach die Zeichnung auf die Erblichkeit bestimmter Korrelationen von Entwicklungsvorgängen, auf einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Erbanlagen zurückführen.

Gegen K.s Theorie des Zusammenhanges von Faltung und Zeichnung scheint uns das Vorkommen derselben Zeichnung z. B. bei einer Reihe verschiedener Schädelformen zu sprechen, die doch wohl eine ganz verschiedene Faltenanordnung haben, das Alternieren von Schwarz und Weiß an denselben Stellen bei derselben Tierart oder ganz nahe verwandten Arten u. a. mehr. Aber die Möglichkeit der Korrelationen verschiedener Erbanlagen läßt sich gewiß nicht bestreiten; ich habe ja auch in verschiedenen Arbeiten auf das häufige Vorkommen von Muttermälern bei gleichzeitig vorhandenen Störungen in der Skelettentwicklung hingewiesen und die Auffassung vertreten, daß man es nicht mit Zufälligkeiten erklären könne, sondern daß dabei eine gesetzmäßige Grundlage vorläge. Diese Verhältnisse sind noch so wenig erforscht, daß man der klugen Selbsterkenntnis von K. nur beistimmen kann, wenn er sagt, daß es sich bei seiner Arbeit um eine Gleichung mit vielem Unbekannten handele. Wie dem auch sein mag, ob man annimmt, daß die Interessen von Spannung und Zeichnung so weitgehend Hand in Hand verlaufen können, wie dies die K.sche Hypothese will oder nicht, das grundsätzlich Wichtige liegt meines Erachtens nur darin, daß die Tierzeichnung idioplasmatisch bedingt und an Auslesevorgänge geknüpft ist, mag der Weg zu dieser Auslese nun auf dem Umwege über Zellteilung bzw. dynamische Verhältnisse zum Ziele führen oder nicht.

Von der idioplasmatischen Bedingtheit der Tierzeichnung abgesehen ist die Frage nach der Art ihrer Entstehung für unser Tierzeichnungs-Nävusproblem nebensächlich, und ich habe sie nur wegen ihres großen allgemeinen Interesses in den Kreis meiner Betrachtungen gezogen.

2. Weiter wurde gegen uns eingewendet, daß keines der von uns zum Vergleiche herangezogenen Säugetiere einer früheren Entwicklungsstufe des Menschen irgendwie nahestehe. Alle diese Tiere lassen sich aber entsprechend der Entwicklungslehre, auf der wir aufbauen, auf gewisse Grundformen zurückführen, den höheren Formen sind die niederen voraufgegangen; bei den Affen insbesondere ist die gemeinsame Wurzel sogar ziemlich nahe. Und gerade bei der Pigmentierung handelt es sich vielfach um so allgemein verbreitete Charaktere, die sich bei einer Anzahl verschiedener Säugetierarten vorfinden, die unter sich auch nicht in direkter Linie verwandt sind, daß man vom Boden der Abstammungslehre aus ihre gemeinsame Wurzel auf einer tieferen Entwicklungsstufe zu suchen sich für berechtigt halten darf.

3. Der Mongolenfleck und die diesem entsprechende Pigmentierung bei Affen beruht auf einer Koriumpigmentierung und ist nicht ohne weiteres der gewöhnlichen Epidermispigmentierung gleichzusetzen. Aber dafür, was wir mit dem blauen Nävus zeigen wollen, nämlich das Auftreten derselben Zeichnung bei Mensch und Tier, ist die Frage, ob Korium- oder Epidermispigment, nebensächlich. Der Mongolenfleck ist nach Adachi und K. Toldt jr. histologisch identisch mit dem tiefliegenden Koriumpigment beim Affen; er tritt in quantitativ, verschiedener Weise auf und zwar bei mongoloiden Kindern viel ausgeprägter als bei weißen. Die Möglichkeit seines Vorkommens ist bei jeder Menschenrasse gegeben, und wenn man sich daran gewöhnt hat, auf ihn zu achten, findet man ihn auch bei uns in mehr oder weniger starker Ausbildung nicht selten. Der Mongolenfleck zeigt uns also das Bild einer noch vorhandenen Tierzeichnung beim Menschen; er wird allgemein unter die Nävi eingereiht und wir sind der Ansicht, daß es sich bei ihm um einen Sonderfall des gesamten in Betracht kommenden Materials handelt.

4. Die Streifung der Tiere an den Extremitäten kommt allerdings zirkulär vor, während die Streifennävi des Menschen longitudinal verlaufen; aber wir finden bei Tieren auch Streifungen an den Beinen der Länge nach — Abb. 170 und 171 unserer Arbeit —, und zwar finden wir letztere Form gerade bei Affen, mit denen uns doch eine gemeinsame verhältnismäßig nahe Wurzel verbindet. Wir sehen beim Cercopithecus — in unserer Arbeit Abb. 179 — sowie bei Cercopith callitr. — Abb. 184 —, wie sich die Rumpfzeichnung in Form eines Längsstreifens auf die Extremitäten fort-

Digitized by Google

setzt, und gerade der Umstand, daß die blauen Nävi, bei denen es keinem Zweifel unterliegen kann, daß sie direkt auf die Tierzeichnung zurückgehen, ebenfalls in Strichform auftreten, zeigt uns wieder die Analogie mit der Tierzeichnung. Außerdem stellen die strichförmigen Zeichnungen und Nävi eine Fortsetzung einer diffusen Körperfärbung dar, wie dies aus unseren Abbildungen 176—181 sowie 185 hervorgeht, von denen die erstgenannten die Verhältnisse bei Tieren zeigen, während die letztgenannte einen Papuajungen vor Augen führt, der wie viele Tiere eine Riesenblesse am Leibe hat, von der aus sich ein albinotischer Streifen als Fortsetzung auf das linke Bein erstreckt.

Die Streifennävi finden sich nun als Pigmentmäler, man sieht sie aber auch aus anderen Bausteinen der Haut gebildet, als Horn-Komedonennävi usw., wie auch die Muttermäler überhaupt, und hierzu möchte ich noch eine Bemerkung machen. Die Erbanlagen durchlaufen der Mendelschen Spaltungsregel gemäß unzählige Generationen. Bei der Rückbeziehung des Nävus auf die Tierzeichnung kommen nur die Pigmentfaktoren bestimmter Systeme in Betracht, da sich auf diesen Erbanlagen die Zeichnung aufbaut. Überall also, wo Pigmentierung vorhanden ist, können wir bei unserer Theorie ohne weiteres an unsere tierischen Vorfahren anknüpfen, vor allem demnach beim Pigmentnävus und seinem Negativ, dem Naevus depigmentosus. Hinsichtlich der anderen systematisierten Mäler haben wir hervorgehoben, daß bei ihnen nur noch die Systematisation an die Tierzeichnung erinnert und wir müssen nach einer Erklärung suchen, mit der wir ihr Auftreten in derselben Anordnung zu deuten vermögen. Worauf dies beruht, können wir mit Sicherheit nicht sagen; es kann sein, daß bei der Entwicklung der Zeichnung außer der idiokinetischen Abänderung des Pigmentfaktors gleichzeitig bei anderen Erbanlagen gewisse Veränderungen hervorgerufen werden, die nicht so stark zu sein brauchen, daß sie im Phänotyp erkennbar sind, es kann sein, daß die Abänderung eines Faktors sekundär einen Einfluß auf andere Erbeinheiten ausübt, daß korrelative Abhängigkeiten verschiedener Gene eine Rolle spielen und es mag der Erklärungsmöglichkeiten noch mehr geben. Diese Fragen sind noch wenig geklärt; wir sind deshalb nicht näher darauf eingegangen und haben nur ganz allgemein von einer Erschütterung des Keimplasmas — Genotaraktose — gesprochen. Es handelt sich um eine Idiokinese — das Wort besagt ja dasselbe — und wir wollen gerne, da es allgemein eingebürgert ist, zu seinen Gunsten den Ausdruck Genotaraktose fallen lassen.

Mit dem gleichen Rechte, mit dem wir die Polymastie, den Mongolenfleck, den Blinddarm als Beweis unserer Abstammung vom Tiere betrachten, mit demselben Rechte, mit dem wir die Zähne des Bartenwalembryos als Beweis dafür ansehen, daß seine Vorfahren nicht Barten, sondern Zähne getragen haben, betrachten wir unsere Haut als in genetischem Zusammenhange stehend mit derjenigen unserer tierischen Vorfahren, von der wir noch viele Reste in uns tragen. Für uns steht fest: 1. die idiotypische Bedingtheit der Muttermäler, die Meirowsky in seiner bekannten Arbeit ausführlich behandelt hat, 2. die idiotypische Bedingtheit der Tierzeichnung, die Meirowsky und ich in unserer gemeinsamen Arbeit erörtert haben. An der weitgehenden Übereinstimmung von Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Muttermäler ist angesichts unseres reichhaltigen Materials nicht zu zweifeln; wir finden eine Erklärung hierfür in der Vererbung und glauben nicht, daß man bei der Fülle der Beobachtungen noch von Zufälligkeiten sprechen kann. Freilich handelt es sich um einen Erklärungsversuch, eine Anpassung der Gedanken aneinander, um mit Mach zu reden, wie bei allen wissenschaftlichen Theorien, aber er ist ein wohlbegründeter, und wir sind der Ansicht, daß unsere Theorie, die wir zum frischen, fröhlichen Kampfe um ihr Dasein in die Welt geschickt haben, diesen erfolgreich bestehen wird.

Literatur.

Krieg, Die Prinzipien der Streifenzeichnung bei den Säugetieren. Vorträge und Aufsätze über Entwicklungsmechanik der Organismen, H. 30. — Leven, Beiträge zur Nävuslehre. Derm. Zschr., Nr. 31, H. 1. — Meirowsky, Über die Entstehung der sogenannten kongenitalen Mißbildungen der Haut. Arch. f. Derm., Bd. 127, H. 1. — Meirowsky und Leven, Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Muttermäler. Arch. f. Derm., Bd. 134, und Sonderausgabe bei Springer, Berlin 1921. — Pinkus, Neuere Arbeiten über die Färbung der Säugetiere. Die Naturwissenschaften, Jahrg. 10, H. 44. — H. W. Siemens, Die spezielle Vererbungspathologie der Haut. Virch. Arch., Bd. 238, H. 2. — Wiedersheim, Der Bau des Menschen. 4. Auflage.

Digitized by Google

Laupp, Tübingen 1908. — Toldt, K. jr., Beiträge zur Kenntnis der Behaarung der Säugetiere. Zool. Jahrb. (Abt. Syst.), 1912, Bd. 33. — Toldt, K. jr., Über Hautzeichnung bei dichtbehaarten Säugetieren, insbesondere bei Primaten. Zool. Jahrb. (Abt. Syst.), 1913, Bd. 35, H. 3. — Leven, Nävus bei gleichzeitigem Vorhandensein von Störungen in der Skelettentwicklung. Arch. f. Derm., Bd. 134. — Bettmann, Die Mißbildungen der Haut in Schwalbes Morphologie der Mißbildungen der Menschen und der Tiere. III. Teil, 7. Lief., 2. Abt., 7. Kap. Gust. Fischer, Jena 1912. — Baur, Fischer, Lenz, Menschliche Erblichkeitslehre. Lehmann, München 1921. — Haecker, Val., Entwicklungsgeschichtliche Eigenschaftsanalyse. Fischer, Jena 1918.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1923.

Originalbericht von L. Kleeberg-Berlin.

Krankendemonstrationen:

1. Sklarz (Klinik Buschke) demonstriert zwei Fälle von **Erythema centrifugum.** Die eine Pat. wurde früher schon vorgestellt, auf der Höhe des Eruptionsstadiums, als Kopf, Hals, besonders aber Unterarme und Handrücken befallen waren. Inzwischen ist unter Arseninjektionen und Höhensonnenbehandlung die ganze Affektion bis auf eine knapp markstückgroße Stelle auf dem linken Handrücken, die das Aussehen eines typischen Lupus erythematodes bietet, abgeheilt.

Der zweite Fall, eine 23jähr. Frau, bemerkte vor 4 Monaten auf beiden Wangen je einen roten Punkt, der sich kreisförmig ausbreitend vergrößerte. Jetzt bestehen dort etwa handflächengroße Herde von bläulichroter Farbe, an den Rändern heller rot und mehr ödematös; im inneren Teile der Herde finden sich ganz kleine und feine Schüppchen, die sich nicht abkratzen lassen. Die Allgemeinuntersuchung ergab keine etwa auf Tuberkulose hindeutende Symptome.

2. Buschke: a) **Essentielle Teleangiektasien.** Im Anschluß an Kopfschuß zahlreiche teleangiektatische Flecke am linken Arm und linken Oberschenkel. Die Beziehung auf eine Störung im Gebiete eines zentralen Vasomotorenzentrums liegt nahe, auf die Analogie zu den Naevi teleangiectatici wird hingewiesen.

b) **Zwei Fälle von Psoriasis mit vermutlich endokrinen Störungen.** Der erste Pat. wies eine rupioide, teilweise pustulöse Psoriasis auf und kam in fast moribundem Zustande zur Aufnahme. Gleichzeitig bestand eine starke Arthritis deformnas. Bei milder lokaler Therapie Thyreoideapräparate: Psoriasis abgeheilt, außerordentliche Besserung des Allgemeinbefindens. Der zweite Pat. leidet bei sehr starker Fettleibigkeit an einer Psoriasis vulgaris, die sich auf Darreichung von Hypophysenpräparaten und milde lokale Behandlung hin besserte, wobei der Pat. bis jetzt bereits 20 Pfund abgenommen hat.

3. Kleeberg demonstriert a) eine Pat. mit **Raynaudscher Krankheit.** Die Haut der Endphalangen fast aller Finger ist verdickt und lividrot verfärbt, an den meisten Nägeln zeigt sich eine **Onycholysis partialis semilunaris.** Es kommt leicht zu Parästhesien und Zirkulationsstörungen. Feinere Arbeiten können mit den Händen nicht ausgeführt werden. Die Untersuchung des Nervensystems ergab keine partielle Empfindungsstörung. Es besteht eine geringe Struma. Innersekretorische Störungen konnten nicht nachgewiesen werden. Die tieferen Schichten der Haut der Oberarme, deutlicher die des linken Oberschenkels zeigen sklerodermatische Verdickung. Hypophysin- und Thyreoidinbehandlung war bis jetzt erfolglos. Die Leriche-Brüningsche Operation soll ausgeführt werden.

Diskussion: Heller will die Bezeichnung Onycholysis nur für die Ablösung des Nagels ohne Erkrankung der Nagelsubstanz reserviert wissen.

b) 23jähr. Mann mit besonders typischer **Pityriasis rubra pilaris.** Befallen sind nur Finger und Handrücken, Palmae und Plantae, beide Ellenbogen, Anal- und beide Glutäalfalten. Der ganze übrige Körper — auch Gesicht — erscheint frei und zeigt nur eine allgemeine Rauhigkeit (wie bei Keratosis follicularis). An den Druckstellen (Glutäalfalten usw.) entwickelten sich hieraus aber die charakteristischen Pityriasis-rubra-Plaques. Das Leiden ist seit seinem Auftreten bei dem Pat. dauernd stationär und macht überhaupt keine Beschwerden.

Digitized by Google

Demonstrationen aus der Univ.-Hautklinik.

4. Arndt zeigt a) eine Frau mit **Zungenkarzinom** und **interstitieller Glossitis.** b) Frau mit einem **Lupus** des rechten Mittelfingers, der Nase, Mitte des Zungenrückens und Lupus der Rachenschleimhaut.

c) **Idiopathische Hautatrophie** bei einer Frau mit Magenkarzinom — Schwester der Kranken vor 4 Jahren an Uteruskarzinom gestorben —; auf der atrophischen Haut entstanden, seit 2 Jahren bestehend, ein **großes Karzinom** auf dem linken Gesäß. Demonstration der histologischen Präparate.

d) **Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie** bei einer 23jähr. Frau. Befallen sind Handflächen und Ellenbogen. Hereditär nichts nachweisbar.

e) Ausgedehntes **Ekzem** bei einem Manne mit schwerster gichtischer Arthritis. Demonstration der histologischen Bilder der Gichtknoten.

Diskussion: Heller zu a) sah Gutes beim Zungenkarzinom nach der Elektrokoagulation durch Nagelschmidt.

Kromayer zu c) hält die histologischen Präparate nicht für Karzinom charakteristisch.

Arndt weist darauf hin, daß die Exzision vom Rande eines wachsenden Karzinomherdes ausgeführt ist; auf Grund der vorliegenden Serienschnitte ist die Diagnose Karzinom absolut gesichert.

Hirschberg (a. G.) untersuchte schon vor 30 Jahren Karzinome der Augenlider und fand analoge Befunde.

5. Jakobi zeigt zwei allgemeine **Salvarsanexantheme.** Neben den Hauterscheinungen bestehen auch Munderscheinungen.

6. W. Fischer demonstriert eine 53jähr. Frau mit **Mycosis fungoides,** Beginn vor 4 Jahren mit ekzemartigen Herden an Rücken und Lenden. Allmähliche Verbreitung über den Körper, Freibleiben von Kopf und Schleimhäuten. Das juckende, polymorphe Exanthem teils lichenoid, teils psoriasiform-ekzematös. Haut flächenhaft plattenförmig infiltriert. An den Extremitäten linsen- bis fünfmarkstückgroße mehr urtikarielle, leicht schuppende Effloreszenzen, sie sind pigmentarm, ihre Umgebung jedoch stärker pigmentiert. Die Körperhaut zeigt infolge spontaner Rückbildung einzelner Herde eine vitiligoartige Pigmentverschiebung. Das Auftreten neuer Stellen kündigt sich durch Juckreiz an. Durch Reiben entsteht ein anämischer Fleck, der bereits deutliche Infiltrate zeigt. Innere Organe ohne Befund, Leistendrüsenvergrößerung. Leichte Leukozytose (78% polynukleäre Leukozyten, 20% Lymphozyten, 2% Eosinophile.) Histologisch neben dem mononukleären Infiltrat in der oberen Kutis zahlreiche eosinophile Zellen. Unter Arsenbehandlung der Zustand befriedigend.

7. Isaac. Fall zur Diagnose: Ausgedehnte geschwürige Prozesse im Munde.

Arndt: Es handelt sich um multiple ulzerierte **Gummata.**

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Über die Doppelerkrankung an Lues congenita und Tuberkulose bei Kindern, von J. Cassel. (M. Kl., 1922, Nr. 33, S. 1048—1050.) Verf. hat nur dreimal das offenkundige Zusammentreffen dieser beiden chronischen Infektionen mit Sicherheit konstatieren können. Deshalb hat er zur Klärung der Frage sich der intrakutanen Tuberkulinreaktion bedient. Von 52 Fällen haben 9—17% positiv reagiert. Er kommt zu dem Schluß, daß Erbsyphilitische keine große Krankheitsbereitschaft zur Tuberkulose haben.

G. Heymann-Elbing.

Die kindliche Syphilis (La syphilis infantile), von Péhu-Lyon. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 1.) Der Artikel gibt eine Übersicht über neuere, den Gegenstand betreffende Arbeiten, wesentlich der französischen Literatur. Von besonderen Erscheinungen werden hervorgehoben: Osteo-artikuläre Syphilis, besonders doppelseitige Knieerkrankungen (Traumatismus, Hydrarthros), Kraniotabes. Kongenitale Syphilis des Larynx. Allgemeine und lokale Dystrophien (Myxödem, Gigantismus, Akromegalie) durch Störung endokriner Drüsen. Syphilis des Verdauungstraktus und des Abdomens (habituelles Erbrechen bei Säuglingen, Ikterus). Syphilis in Beziehung zu Nervenzentren (Epilepsie, Mongolismus, Meningitis, Enzephalopathie, Hydrozephalus). Für die Behandlung wird das Hauptgewicht auf eine möglichst frühzeitige Untersuchung Schwangerer auf Syphilis gelegt.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

c. Ätiologie und Diagnose.

Lebensdauer der Spirochäten, von E. Rubin und S. Szeutkiralyi-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 28.) Die Verff. untersuchten die Spirochäten 1. nach Quecksilber-, 2. nach vorhergegangenen Quecksilber- (zwei Injektionen) Neosalvarsankuren, 3. nach reinen Neosalvarsaninjektionen und 4. nach Neosalvarsan-Sublimat- (Linser) Behandlungen. Nach Merkurinjektionen wurde die Zahl und Bewegungsfähigkeit der Spirochäten — parallel mit der Heilung der Syphilide — geringer. Bei Spontanheilungen der Papeln fanden sie dasselbe. Wo Salvarsan neben Hg angewendet wurde, spielte das Quecksilber kaum eine Rolle neben dem rasch wirkenden Einfluß des Salvarsans. Die Linsersche Methode ließ keinen Unterschied von der reinen Salvarsankur bemerken.
M. Porosz-Budapest.

Über den Polymorphismus der Spirochaeta pallida, von Uglow. (Wratschebnaja Gaseta, 1922, Nr. 12—14, S. 302.) Die vom Verf. an Schnitten von einer Papel wie mit dem aus der Tiefe eines primären Bubo entnommenen Material angestellten Untersuchungen führten ihn zu folgenden Schlüssen: Die Spirochäten werden besonders in alten Kulturen von dünnen, schlanken, geraden und unbeweglichen Fäden begleitet. Diese Fäden sind, solange sie sich im Kondenswasser des Serums befinden, unbeweglich, wenn aber die Stäbchen in das letztere geraten, so beginnen sie sich ziemlich flott zu bewegen. Geraten sie wieder in das Kondenswasser, so werden sie von neuem zu stäbchenartigen Fäden von derselben Länge und Dicke wie die Spirochäten. Da Verf. diese allmähliche Umwandlung von Spir. pall. in Fäden deutlich wahrgenommen hat, so scheinen ihm beide in genetischem Zusammenhang zu stehen. Nicht selten beobachtete Verf. innerhalb der Fäden die Bildung von Chromatinkörnchen in Rosenkranzform. Diese glänzenden Körnchen zeigten zuweilen Bewegung. Bei längerer Betrachtung entwickeln sich unter den Augen feinste Spirochäten, gleichsam wie in einem Futteral. Einige Male traten die Spirochäten aus ihrer Umhüllung an beiden Enden. Die befreiten Teile bewegten sich energisch, wobei die Bewegung stoßweise, unregelmäßig geschah. Eine derartige Vermehrung innerhalb der Membran ist aber selten, viel häufiger sieht man diejenige durch Querzerreißung. Ein sehr beständiger Begleiter der Pallida in der Kultur ist der Cytorrhyctes luis Siegel. Dieselben vereinigen sich zuweilen zu zwei und drei, zuweilen durchschneiden sie sich. Augenscheinlich handelt es sich um Stadien ihrer Teilung. Alles das hat Verf. zur Überzeugung gebracht, daß die Spirochaeta pallida nur ein Stadium bildet im Entwicklungszyklus des Syphiliserregers.
A. Jordan-Moskau.

Untersuchungen zu der Frage, ob die pathogenen Spirochäten sauerstoffbedürftige oder sauerstoffscheue Mikroorganismen sind, von P. Manteufel-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 7/8, S. 266—270.) Setzt man dem flüssigen Nährboden Natriumsulfidlösung hinzu und versiegelt mit flüssiger Vaseline, so sind streng anärobe Verhältnisse vorhanden. Die bisherigen anäroben Kulturmethoden bewirken keine völlige Sauerstoffentfernung, sondern nur eine Herabsetzung der Sauerstoffspannung. Es wird daher vorgeschlagen, die Bakterien in ärophile und ärophobe einzuteilen. Die pathogenen Spirochäten, die bisher als strenge Anärobier bezeichnet wurden, kommen bei völligem Luftabschluß nicht zur Entwicklung.
F. Harry-Wiesbaden.

Spirochäten in salvarsanhaltigem Nährboden, von Walther Krantz, Univ.-Hautkl. Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 52, S. 1782.) Spirochäten, welche in nach Schereschewsky angelegten Kulturen gezüchtet wurden, wuchsen auch, wenn verhältnismäßig hohe Neosalvarsandosen zugesetzt wurden, vielleicht sogar noch besser. Erst sehr starke Dosen scheinen sie ungünstig beeinflußt zu haben.
A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über das Neosalvarsan-Silberbild von Mund und Syphilisspirochäten, von Walther Krantz, Univ.-Hautkl. Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1598.) Wenn Schumacher Recht hat mit der Behauptung, daß das Neosalvarsan-Albarginkernbild bei den Leukozytenkernen durch die Nukleinsäure bedingst ist, dann muß das identische Bild bei den nukleinsäurefreien Spirochäten durch andere Stoffe bedingt sein. Das Färbungsbild scheint durch ein Oxydationsprodukt des Salvarsans hervorgerufen zu sein; denn Lösungen eines bestimmten Alters geben die besten Resultate. Durch die Neosalvarsanbehandlung wird die Spirochäte der Behandlung mit Anilinfarbstoffen zugänglich.
A. v. Notthafft-München.

Zur Lymphdrüsenpunktion bei Syphilitischen, von F. W. Oelze-Leipzig. (D. m. W., 1923, Nr. 3, S. 86—87.) Verf. empfiehlt folgende Technik bei der Lymph-

Digitized by Google

drüsenpunktion. Eine dicke, kurz angeschliffene Nadel wird in die Rindenschicht einer Drüse, am besten einer solchen von mittlerer Induration, eingestochen und mehrere Male innerhalb der Drüse gedreht. Dann werden 0,25—0,5 ccm phys. NaCl-Lösung injiziert und nach 2—5 Minuten langem Warten wieder in die Spritze aufgezogen.

F. Harry-Wiesbaden.

Über die Untersuchung der Spirochaeta pallida mittels der Punktion der Inguinaldrüsen und der Gewebe (Osservazioni sulle ricerche del Trepanoma pallidum mediante la puntura delle linfoglandole e dei tessuti), von G. B. Podestà, Derm.-syph. Abt. Sprecher Genua. (Policlinico, 1923, Nr. 9.) Verf. hat bei 52 Luetikern der zweiten Inkubationsperiode die Lymphdrüsenpunktion nach Hoffmann vorgenommen und folgende Resultate dabei konstatiert: In 10 Fällen hat er die Spirochäten gleichzeitig im Primäraffekt und im Drüsenpunktat gefunden, in 11 Fällen im Primäraffekt ein negatives, im Drüsenpunktat ein positives Resultat erhoben, also bei 40% der Fälle ein positives Resultat, ein Prozentsatz, welcher aber eigentlich größer sein dürfte, da 5 der negativ ausgefallenen Fälle schon behandelt worden waren. E. Freund-Triest.

Ergebnisse experimenteller Syphilisforschungen, von Paul Uhlenhuth-Marburg. (M. Kl., 1922, Nr. 38, S. 1210—1214 und Nr. 39, S. 1246—1249.) Die Verf. gelungene Übertragung der Syphilis auf Kaninchen und besonders die Allgemeininfektion der Kaninchen bedeutet einen Fortschritt in der experimentellen Syphilisforschung. Denn erst durch die systematische Erzeugung einer Allgemeinsyphilis ist das Krankheitsbild des Kaninchens dem der menschlichen Lues sehr ähnlich geworden. Das Kaninchen ist ein viel billigeres und geeigneteres Versuchstier als der Affe. Weder bei lokalen luetischen Hodenerkrankungen noch bei stärksten syphilitischen Augenerkrankungen scheint eine Immunität zu bestehen. Weiterhin wurden systematische Vererbungsversuche angestellt. Besonders interessant war dabei die Tatsache, daß es gelang, durch intravenöse Impfung schwangerer Kaninchen syphilitische Junge zu erzielen. Versuche mit Blutimpfungen von syphilitischen Menschen ergaben, daß die positive WR mit der Anwesenheit, die negative WR mit der Abwesenheit von Spirochäten im Blut nichts zu tun hat. Positive Impfversuche wurden ferner vorgenommen mit Sperma, Milch von Syphilitischen, mit Organen und Körperflüssigkeiten bei Paralyse und Tabes dorsalis. Harn, Speichel und Schweiß sind ohne Erfolg verimpft.

G. Heymann-Elbing.

Über die Wirkung verschiedener Spirochätenstämme auf Liquor und Nervengewebe von Kaninchen, insbesondere nach Überimpfung von Hirnrinde menschlicher Paralytiker, von F. Plaut und P. Mulzer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 52, S. 1719.) Weitere Arbeiten an Kaninchen mit Hilfe der Plautschen Punktionstechnik. Ausarbeitung der Liquordiagnostik beim Kaninchen durch Einführung der Goldsol- und Mastixreaktion in Mikromethode an Stelle der hier unzuverlässigen WR und der Flockungsreaktionen. Bei den diese Reaktionen bietenden Kaninchen trugen sie die Merkmale der menschlichen Syphilis, im besonderen der Paralyse. Während ein Frankfurter Spirochätenstamm die Meningen nicht befiel, tat dieses ein Münchener regelmäßig und noch nach der 18. Passage. Die histologischen Untersuchungen von Gehirn und Rückenmark bestätigten die am lebenden Tier gemachten Feststellungen. Mit Paralyserinde in den Hoden geimpfte Kaninchen zeigten die Kolloidreaktionen noch deutlicher als die mit anderer Syphilis behandelten. In 2 Fällen von Paralyse mißlang trotz dreimaliger Passage das Haften an der Impfstelle; es wurde nur meningeale Syphilis gefunden. Meist traten die Liquorveränderungen schon in den ersten Monaten nach der Impfung ein. Histologisch waren die Gehirnbefunde bei den „Paralysekaninchen" wesentlich verschieden von denjenigen der mit neurotroper Syphilis geimpften; sie näherten sich den Verhältnissen der menschlichen Paralyse.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Superinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis, von J. Steinfeld-Heidelberg. (Kl. W., 1923, Nr. 10, S. 446.) Um diese Frage zu prüfen, impfte Verf. erst Kaninchen lokal an Hoden und Skrotum, exzidierte nach stärkster Ausbildung der Impfpapel dieselbe und verwandte das so erhaltene Spirochätenmaterial zur intravenösen Injektion bei demselben Tiere; diese Injektionen wiederholte er mit Material von anderen Kaninchen bis zum achten Mal. Bei dunkelhaarigen Kaninchen gelang es in keinem Falle, weder nach Exzision noch nach Abheilung des lokalsyphilitischen Herdes, eine Superinfektion zu setzen, dagegen bei albinotischen. Von dreien dieser Sorte zeigten zwei in stärkster Form Superinfektion als ausgedehnte Hautmanifestationen an Augenlid, Nase, Schnauze, Ohrwurzel und Anus. Dem Einwand,

Digitized by Google

daß die Generalisierung auch ohne intravenöse Superinfektion von dem lokalen Spirochätenherd aus erfolgt wäre, glaubt Verf. dadurch zu begegnen, daß er meint, der Lokalherd wäre so frühzeitig exzidiert, daß das Virus noch nicht verschleppt sein könnte. (Allerdings sagt er vorher, daß er bis zur höchsten Ausbildung und mehrwöchigem Bestehen des Schankers gewartet habe. D. Ref.) Ferner hat Verf. sonst bei einmaliger Lokalbeimpfung am Hoden bei erwachsenen albinotischen Kaninchen nie eine Propagierung des Virus auf der Haut und Entstehung spezifischer Erscheinungen beobachtet. Des weiteren findet sich eine Parallele in dem Auftreten der Erscheinungen zu den von Steiner gemachten Experimenten mit einmaliger intrakardialer resp. intravenöser Impfung mit Spirochäten. Der Unterschied zwischen den albinotischen und dunkelhaarigen Kaninchen beruht wohl auf konstitutionellen Momenten.

E. Langer-Berlin.

Zur Frage der Superinfektion bei Spirochätenkrankheiten, von A. Buschke und H. Kroó-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 13, S. 580.) 30 Mäuse, die von 50 nach einer Rekurrensimpfung übrig blieben, wurden 48 Stunden nach der Infektion und nach dem Nachweis der Spirochäten im Blut mit 0,003 g Neosalvarsan behandelt und dann in 3 Gruppen geteilt. Die erste Serie wurde auf klinische Heilung und Spirochätenfreisein des Blutes beobachtet, was auch der Fall blieb. Von der zweiten Serie wurde entsprechend früheren Versuchen das Gehirn weitergeimpft. Es zeigte sich, daß dieses bei sieben von zehn Tieren trotz anscheinend klinischer Heilung infektiös geblieben war und positive Impfresultate lieferte. Die dritte Gruppe wurde am sechsten Tage nach der Neosalvarsaninjektion neu infiziert und hier ging bei neun von zehn Tieren die Infektion an. Somit ist den Verff. zum ersten Male nachgewiesenermaßen bei bestehendem Spirochätengehalt des Gehirns eine Superinfektion gelungen. Des weiteren sind die früheren Versuche der Autoren bestätigt, daß das Neosalvarsan anscheinende klinische Heilung der Rekurrens bei den Mäusen macht, daß aber trotzdem in einem hohen Prozentsatz das Gehirn Spirochäten enthält, die bei Weiterimpfung infektionstüchtig sind.

E. Langer-Berlin.

Ein Beitrag zur Ätiologie der originären Genitalspirochätose der Kaninchen, von Fr. Neumann. (Inaug.-Diss., Leipzig 1922.) Verf. fand unter 7 bzw. 6 Kaninchen je ein Tier an Spirochätose erkrankt. Obgleich sich die Spirochäten morphologisch nicht von der Pallida der menschlichen Lues unterscheiden lassen, bestehen klinisch wesentliche Unterschiede der beiden Erkrankungen: 1. strenge Lokalisation der Kaninchenspirochätose an den Genitalien oder deren nächster Umgebung, 2. kein ausgesprochenes Sekundärstadium (bisweilen Superinfektion), 3. keine Tertiärerscheinungen, 4. keine Erkrankung des Zentralnervensystems, 5. keine Erkrankung der Lymphdrüsen, auch nicht Leistendrüsen, 6. keine Übertragung der Erkrankung auf die Föten. Diese Spirochätose kann primär im Anschluß an Hautwunden durch Infektion dieses mit den saprophytischen Spirochäten der Umgebung spontan entstehen, die Verbreitung der pathogen gewordenen Spirochäten erfolgt dann meist durch Kontakt von Tier zu Tier. Weitere Versuche zeigten, daß es eine Spirochäte vom Pallidatyp gibt, die sich von der des Menschen und des Kaninchens in keiner Weise unterscheiden läßt, aber nicht durch Ansteckung von Tier zu Tier übertragen wird, sondern als harmloser Parasit in jeder banalen Wunde auftreten kann. Mit all diesen experimentell gefundenen Tatsachen sinkt der Wert des Kaninchens als Versuchstier zur Erforschung der menschlichen Syphilis.

E. Sklarz-Berlin.

Über das spontane Auftreten von Spirochäten des Pallidatyps bei einem nichtsyphilitischen, isolierten Kaninchen, von F. Neumann-Dresden. (Kl. W., 1923, Nr. 6, S. 256.) Verf. konnte den Befund von Uhlenhuth und Zuelzer über das Vorkommen von Spirochäten des Pallidatyps außerhalb des Tier- und Menschenkörpers durch den Nachweis der Spirochäten in dem organischen Filz der Wasserleitungsbecken und selten benutzten Hähne des hygienischen Instituts bestätigen. Des weiteren beobachtete er 2 Fälle von Kaninchenlues, die völlig spontan bei isolierten Tieren und in gesunder Umgebung aufgetreten ist. Zum Beweis des spontanen Vorkommens der Spirochäten vom Pallidatyp wurde ein klinisch absolut gesundes weibliches Kaninchen streng in einem seit Kriegsbeginn unbenutzten Käfig isoliert gehalten. Neben der Vulva wurde die Haut gering skarifiziert. In der so erhaltenen Wunde wurden bei täglichen Sekretuntersuchungen neben einer sehr reichlichen bakteriellen Flora am vierten Tage die ersten Spirochäten vom Refringens- und Bukkalistyp, am fünften Tage vereinzelte Übergangsformen zum Pallidatyp und am zehnten Tage einwandfreie echte Pallidaformen gefunden. Diese spontan aufgetretenen Spirochäten waren in nichts von

Digitized by Google

den pathogenen Pallidaformen bei Tier und Mensch zu unterscheiden. Es fragt sich daher, ob allein durch den Pallidanachweis der Verdacht auf Syphilis gerechtfertigt ist, oder ob die Spirochaeta pallida nicht auf Wunden, auf denen durch andere Bakterien für sie ein Nährboden geschaffen ist, saprophytär vorkommen kann.

E. Langer-Berlin.

Hautallergie bei Syphilis, besonders in bezug auf die Luetinreaktion und die Notwendigkeit der Kontrollen bei intrakutanen Proben (Cutaneous Allergy in Syphilis with Special Reference to the Luetin Reaction and the Necessity for Controls in Intracutaneous Tests), von J. A. KOLMER und S. S. GREENBAUM-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 25, S. 2063—2066.) Um das Problem der Hautallergie bei Syphilis zu klären, machten die Verff. Impfversuche mit dem nach Angaben von NOGUCHI hergestellten Luetin, mit vorbehandeltem Aszitesagar und einer Suspension gewaschener Syphilisspirochäten in Salzlösung. Aus ihren Ergebnissen schließen die Verff., daß die intrakutane Injektion von 0,1 ccm serienweise verdünnten Luetinlösungen und einer Kontrollflüssigkeit von Aszitesagar Reaktionen gleicher Art und gleichen Grades ergab. Die intrakutane Injektion reinen Luetins oder der Vakzine gewaschener Spirochäten ergab keine spezifische allergische Reaktionen, nur waren diese bei Syphilitikern etwas stärker und deutlicher als bei Gesunden, jedoch ohne diagnostische Bedeutung. Ferner ergaben ihre Resultate, daß eine deutliche spezifische Hautallergie bei Syphilis nicht auftritt oder daß die Pallidakultur völlig oder nahezu vollständig an Allergie oder Anaphylaxie erzeugenden Fähigkeiten verloren hat. Kontrollproben sollten besonders bei Syphilitikern stets angestellt werden, wenn man intrakutan impft.

F. Quasig-Hamburg.

Spirochätenbefund bei multipler Sklerose, von J. SCHUSTER-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 37.) In einem Falle, welcher mit Psychose kompliziert war, ist es dem Verf. gelungen, im Gehirn und Rückenmark in den degenerierten Stellen Spirochäten zu finden (Methode JAHNEL). Diese waren in der Form von den Pallidae verschieden und wahrscheinlich mit den KUHN-STEINERschen identisch. Die Spirochäten lagerten neben den Kapillaren. Histologisch kein Anhaltspunkt für Lues hereditaria tarda und juvenile Paralyse. Verf. ist der Meinung, daß dieser Stamm von Spirochäten auf genitalem Wege nicht infiziert, sondern bei gewissen Konstitutionen eine Sclerosis multiplex hervorruft. Die WR war nur einmal positiv (+). Die Patientin war erblich belastet (2 Geschwister geisteskrank). Obduktionsbefund: Leptomeningitis chr., Atrophia cerebri partialis et medullae spinalis, Hydrocephalus int. max. gradus, Atrophia corticis cerebri totius. Verlauf der Krankheit war intermittierend, doch die Symptome ließen sich durch antiluetische Kuren auch gut beeinflussen.

M. Porosz-Budapest.

d. Serologie.

Syphilis, WASSERMANN-Reaktion und Ehe (Syphilis, WASSERMANN-Reaction et mariage), von ANDRÉ BERGERON. (Presse méd., 1922, Nr. 68.) Die Zusammenstellung ergibt die uns bekannten Tatsachen über die WR, die nach dem Wunsche des Verf. für alle Heiratskandidaten obligatorisch sein sollte.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Ist die fraktionierte Liquoruntersuchung prinzipiell zu fordern?, von KARL ESKUCHEN-München. (M. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1536.) In Zukunft ist bei jeder Lumbalpunktion die fraktionierte Liquoruntersuchung (Zellzählung in den ersten und letzten Tropfen) grundsätzlich zu verlangen, da unter Umständen erst diese erweiterte Untersuchung zu einem diagnostisch verwertbaren Resultat führt.

A. v. Notthafft-München.

Über das „Mittelstück"-Phänomen der Lumbalflüssigkeit, von V. KAFKA-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 51, S. 2527.) Erscheint ausführlich in der „Zeitschrift für Immunitätsforschung". Das Komplementmittelstück ist in jeder Lumbalflüssigkeit enthalten, es ist thermolabil und durch Äther ausschüttelbar; durch die letztere Eigenschaft wird der lipoide Charakter desselben bestätigt. Es wird auf die Wichtigkeit der Lipoiduntersuchung auch für den normalen Liquor hingewiesen. Durch Zusatz von hochsensibilisierten roten Blutkörperchen ist das Mittelstück adsorbierbar.

E. Langer-Berlin.

Der Liquor cerebrospinalis bei Syphilis, von ULRICH SAALFELD-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1922, Nr. 24, S. 749.) Auf Grund des Literaturstudiums und eigener Erfahrungen gibt Verf. eine für den Praktiker bestimmte Übersicht über die Bedeutung und den Wert der Liquoruntersuchungen. Auch die Kontraindikationen werden ein-

Digitized by Google

gehend besprochen. Für Indikation und Prognose unseres therapeutischen Handelns geben im Verlaufe der Behandlung der Lues wiederholte Punktionen wesentliche Aufschlüsse. E. Langer-Berlin.

Experimenteller Beitrag zur Frage der Liquorzirkulation beim Menschen, von H. Strecker, Psych. Klinik Würzburg. (M. m. W., 1922, Nr. 50, S. 1726.) Versuche mit endolumbaler Injektion des alizyklischen Intra-Hydro-β-Naphthylaminum hydrochloricum Merck. Dieses Mittel wirkt spezifisch fiebererregend und greift elektiv an den wärmeregulierenden Sympathikuszentren des Zwischenhirns an. Diese Wirkung tritt nach endolumbaler Injektion 100mal so intensiv als nach endovenöser ein; es bedarf hierzu einiger Stunden (3—5). Dem spinalen Subarachnoidealliquor kommt also eine gewisse praktische Eigenbewegung zu. Auch bestätigt das Versuchsergebnis, daß eine hämato-enzephale Schranke im Sinne Sterns und Gautiers gegeben ist: Das Zentralnervensystem ist durch den Plexus gegen auf dem Blutwege zufließende Stoffe verhältnismäßig geschützt, während es den auf dem Liquorwege zuströmenden schutzlos preisgegeben ist. Es scheint also, daß die Einwirkung der für das Zentralnervensystem spezifischen Gifte und Heilmittel mittelbar über den Liquor geht.

A. v. Notthafft-München.

Die Wassermannsche Reaktion bei nichtsyphilitischen Fällen (The Wassermann Reaction in Non-syphilitic Cases), von J. McKean Downs. (Am. J. m. sc., 1922, S. 514.) Positive WR findet sich außer bei Lues auch bei Lepra, Frambösie, in einigen Fällen von Rückfallfieber, Trypanosomiasis, Beriberi und Malaria, hier besonders im fieberhaften Stadium und nach der Heilung verschwindend. Selten kommt sie bei fortgeschrittener Tuberkulose vor, nie bei unkompliziertem Hyperthyreoidismus. Die Empfindlichkeit der cholesterinisierten Antigene verbietet die Stellung einer Diagnose Lues ohne klinische oder anamnestische Anhaltspunkte. E. Sklarz-Berlin.

Der Stand der negativen Wassermannschen Reaktion (The Status of the Negative Wassermann Reaction), von Robert A. Kildruffe-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 27, S. 2215—2217.) Nichts Neues.

F. Quasig-Hamburg.

Untersuchungen über den prognostischen Wert der Wassermann-Reaktion bei spätsyphilitischen Erkrankungen (Investigations into the Prognostic Value of the Wassermann Reaction in Late Syphilitic Diseases), von Th. E. Thaysen. (Act. med. Skand., Bd. 57, H. 5.) Der positive Ausfall der WR bei polysymptomatischer Tabes ist prognostisch nicht mit Sicherheit zu verwerten, dagegen scheint der negative Ausfall gegen ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung zu sprechen. Selbst stark positive WR bedeutet noch keine Gefahr für den Ausbruch einer etwaigen progressiven Paralyse. Die WR bei dem Tabesmaterial des Verf. war nur etwa in $^1/_4$ der Fälle positiv. E. Sklarz-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Moskau wurde vom 6. bis 9. Juni ein allrussischer Kongreß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten abgehalten.

Prof. F. Šamberger, Vorstand der tschechischen dermatologischen Klinik in Prag und Dr. Karl Hübschmann, Assistent derselben, wurden zu Mitgliedern der Societas medicorum Sverana gewählt.

Dr. James A. Gardener in Buffalo wurde zum Vorsitzenden der American Urological Association gewählt.

Gestorben: Dr. Wilhelm Harttung, gewesener Primärarzt der Dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau; Baretta, der berühmte Mouleur des Hôpital Saint Louis in Paris; Dr. E. F. Polito, Arzt für Hautkrankheiten und Urologie in Buenos Aires. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. Juli 1923 | Nr. 29 | Band 77

Aus der psych. Abteilung des Städt. Krankenhauses in Altona a. E.

Die untersuchungstechnische Bedeutung von Reizzonen im autonomen und im spinalen Gebiet (Headsche Zonen)[1].

Von

Oberarzt Dr. Walter Cimbal.

1. Begriffsbestimmungen:

Überreizungen, die durch dauernde oder überstarke Schädigungen im Empfindungsgebiet eines Organs zustande kommen, haben bestimmte Ausbreitungsgesetze, durch deren Verwertung die ursprünglichen und auslösenden Ursachen, die konstitutionellen Grundlagen und die Heilungsaussichten erkannt werden können. Diese Gesetze sind von Head zuerst erkannt, aber wahrscheinlich infolge gewisser Irrtümer der Formulierung nicht ausreichend zur allgemeinen Verwertung gelangt. Insbesondere fehlen der Headschen Arbeitshypothese die Berücksichtigung der Ausstrahlungsgesetze auf das autonome System und diejenigen Einschränkungen ihrer Thesen, die sich aus den Unterschieden der Reizsamkeit des Gesamtnervensystems und aus den anatomischen Verhältnissen der beteiligten Rückenmarks-Segmente ergeben. Es soll nachstehend versucht werden, zum Ausgleich dieser Mängel und zur besseren Verwertbarkeit der Headschen Erkenntnisse beizutragen.

Ein Reiz von gewisser Stärke und Dauer, der auf die Empfindungsnerven eines der inneren Organe ausgeübt wird, führt dann zu örtlich abgegrenzten, selbständig krankhaften Reizzonen im spinalen oder autonomen System (Headsche Zonen), wenn die Widerstandskraft des betroffenen Systems erschüttert und seine Reizsamkeit einen gewissen, weder zu hohen noch zu geringen Grad erreicht hat. Die auslösenden Reize brauchen nicht nachweisbare Organkrankheiten zu sein. Die wirksamsten Reize werden nach meiner Erfahrung ausgeübt:

1. durch Schreck auf das spinalsegmentäre System des Herzens,
2. durch verschluckte Tabaksäfte auf den Gesamtsympathikus und das vagische System des Magens,
3. durch Klitorisreizung auf das vagische und spinal-segmentäre System der Genitalien und

[1]) Thesen eines in der Gesellschaft der Hamburger Neurologen und Psychiater am 12. III. 1923 gehaltenen Referats.

Digitized by Google

4. durch Zwerchfell- (+ Mediastinal, Pankreas, Leber) Krankheiten auf die Segmente C_2 und D_7 und den oberen Vagus.

Die entstandenen Reizzonen im spinalen System zeigen segmentär abgegrenzte Überempfindlichkeiten der Haut, der Muskeln und der Knochenhäute, im autonomen System eine schmerzhafte und krampfbereite Überreizung aller vom Vagus versorgten Organe und Muskeln. Welches von den beiden Nervensystemen im Falle einer Reizung stärker ergriffen wird, hängt außerdem von der konstitutionell verschiedenen Widerstandskraft der beiden Systeme ab.

2. Allgemeine diagnostische Verwertungsregeln der spinalen Ausstrahlungszonen[1]).

Scharf abgegrenzte, auf Druck im Muskelgebiet oder auf Kneifen in Hautgebiete ungewöhnlich schmerzhafte Reizzonen dürfen nicht als Haut- oder Muskelneuralgien bewertet werden, wie es in der Literatur der letzten Jahre vielfach geschehen ist, sondern müssen den Verdacht auf frühere oder jetzige Erkrankungen des segmentär zugehörigen Organs lenken. Für die Entstehung einer sensiblen spinalen Reizzone bedarf der Organreiz einer gewissen Wirkungsdauer, bleibt dann aber oft bis zu seiner therapeutischen Beseitigung als selbständiges Reizgebiet auch nach Abheilung des Organleidens bestehen. Das Vorliegen Headscher Schmerzzonen braucht also nicht durch eine bestehende, sondern es kann durch eine längst, vielleicht vor einem Jahrzehnt überstandene Krankheit verursacht und durch irgend eine fernliegende Ursache (Klimaeinflüsse, seelische Erregung, Giftreize, insbesondere Koffein, Alkohol und die Eigengifte der Geschlechtsdrüsen) neuausgelöst sein.

Jeder diagnostischen Bewertung eines örtlichen Überreizungsgebietes muß die Prüfung der Gesamtreizbarkeit des Nervensystems und die Prüfung der suggestiblen Beeinflußbarkeit vorausgehen. Überreizungsgebiete, die im Laufe weniger Wochen ihre Grenzen wesentlich verändern oder die sich über eine größere Anzahl Headscher Zonen ausdehnen, bedeuten entweder eine allgemeine nervöse Überreizung oder eine Unzuverlässigkeit der Angaben des Kranken. Ob es bei einem bestimmten Reiz zu Überreizungszonen des Muskelgebietes, der Knochenhäute oder der Haut kommt, ist konstitutionell bedingt und entspricht der individuellen Reizsamkeit der betreffenden Gewebe.

Wenn im Vordergrund des Krankheitsbildes eine allgemeine mangelnde Widerstandskraft des sympathischen Systems oder eine Überreizung des Vagus steht, dann hört die diagnostische Bedeutung der spinalen Headschen Zonen deshalb auf, weil durch die Ausstrahlung des Reizes über das autonome System die höher (zerebralwärts) liegenden Organe mittelbar ergriffen werden und durch diese sekundäre Reizung neue flüchtigere und wechselnde spinale Ausstrahlungszeichen in fernliegenden Segmenten zustande kommen können.

---

[1]) Die segmentären Abgrenzungen finden sich in der zweiten und dritten Auflage des von Cimbal bei J. Springer veröffentlichten Taschenbuches.

Digitized by Google

3. Beobachtungen über die Ausstrahlung auf den Vagus.

Um die Ausbreitung der Überreizung auf das autonome System zu verstehen, ist es notwendig, daß man sich von dem Gedanken der älteren Arbeitshypothese, daß Sympathikus und Vagus als Gegenspieler die Funktionen der inneren Organe regeln, befreit. Das klinische Bild der örtlichen eigenen Überreizung des Vagus ist nur dann zu verstehen, wenn man ihn genau so bewertet wie jeden anderen Gehirnnerven, nämlich als den wahrscheinlich rein motorischen Vermittler zwischen der Gehirntätigkeit und den von ihm versorgten Sympathikuszentren und Muskeln. Die Mehrzahl der klinischen Erfahrungen spricht gegen die Annahme sensibler Funktionen des Vagus, der aferente Teil des Reflexes vom Organ zum Gehirn läuft vielmehr wahrscheinlich über die spinale Bahn. Bei dieser Hypothese würde der Vagus ursprünglich rein der Hervorrufung der Affektäußerungen dienen, seine Wirkung würde erst sekundär über die spinale Bahn bewußt werden. Diese Hypothese würde auch als einzige mit den psychologischen Erfahrungen über das Bewußtwerden der Affekte vereinbar sein.

Die von der Eppinger-Hessschen Arbeitshypothese irrtümlich als Vagotonie bezeichnete Sympathikusatonie ist nicht eine Erkrankung des Vagus, sondern eine Erkrankung des Sympathikus, die sich dadurch kennzeichnet, daß die endogen unterentwickelten oder durch Erschöpfung geschwächten oder durch Endotoxine überreizten Sympathikuszentren sowohl an und für sich in ihrer automatischen Funktion gestört sind, als auch auf jeden vom Vagus vermittelten Reiz überstark reagieren. Selbst sehr geringe, durch den Vagus laufende Reize bringen in diesem Krankheitsbild die Krankheitserscheinungen nervöser Organstörungen hervor. Dadurch erklärt sich der übermäßige, bis zur Tötung gehende Einfluß der mechanischen oder Galvanisationsreizung des Vagus sowie des Schreckens bei denjenigen schwersten Formen der Sympathikusschwäche, die konstitutionell oder durch Eigengifte des Körpers hervorgerufen sind (Thymustod).

Scharf von diesen Krankheitsbildern zu unterscheiden sind die eigenen und selbständigen Erkrankungen des Vagus, die wie bei jedem Hirn- und Rückenmarksnerven in zwei Gruppen eingeteilt werden müssen, in die funktionelle Überreizung und in die organische Entzündung. Die häufigsten Ursachen der organischen Nervenentzündung des Vagus sind der Alkohol (Herztod und Angstzustände der Trinker) und Syphilis (Nackenkopfschmerz, Gefäßspasmen und Kardialgie).

Zu den Krankheitsbildern der selbständigen (Headschen) Überreizung des Vagus gehört:

An sensiblen Wirkungen[1]): Scheitelkopfschmerz, Nackenkopfschmerz, Ohrensausen, Taumelgefühl, Globus, Angst, Brechreiz, Aufstoßen, Herzklopfen, Druckgefühl in der Magengend, Kurzluftigkeit, Zwerchfellspasmen und Hochstand, Überempfindlichkeit des Darms für den normalen Verdauungsvorgang, Überempfindlichkeit der Blase für geringe Füllung, Dys-

[1]) Die Wahrnehmung erfolgt wahrscheinlich sekundär.

Digitized by Google

menorrhoe, Zittern und Schwächeempfindungen, besonders der Knie und des Rückens.

An trophischen und sekretorischen Wirkungen: Herpesbildung der Lippen, Zunge, Rachen und Magenschleimhäute, Übersäurung des Magens, Colitis membranacea, übersäuerter Reizausfluß der Scheide und wahrscheinlich auch Phosphorgehalt des Urins. Trophische Störungen der Haut infolge der Überreizung segmentärer Ausstrahlungsgebiete kommen hauptsächlich in der Form des Herpes (spinal), des Haarausfalls und des Haarergrauens (vagisch) zustande. Bei der Entstehung des Herpes scheinen besondere Bedingungen der Haut Voraussetzung zu sein, die zum Teil konstitutionell, zum Teil toxisch verursacht werden. Dasselbe gilt für den Haarausfall und Haarergrauen. Die Überreizung im Sinne der örtlichen Reizzonen wirkt hier nur zur Auslösung einer Reizschwäche des sympathischen Systems in dem Sinne, daß die Hauterkrankung im Reflexgebiet lokalisiert wird, ebenso wie sie sich nach äußerer unmittelbarer Reizung in umgrenzter Zone lokalisieren kann.

Häufiger als in der Haut kennzeichnen sich die Ausstrahlungszonen in den Schleimhäuten (besonders Magen, Zunge und Scheide) in der Form von Sekretvermehrung und von vermehrter Reizwirkung der Sekrete (Übersäuerung der Sekrete).

An vasomotorischen Wirkungen: Ohnmachten durch Gefäßspasmen der Hirngefäße, Arrhythmien des Herzens, Störungen des Blutdrucks und Abscheidung hellen massenhaften Urins bei seelischer Erregung. Je geringer die sensible, je stärker die trophische sekretorische und vasomotorische Störung ist, desto wahrscheinlicher liegt die Krankheitsursache nicht im Vagus, sondern im Sympathikus.

4. Paratonien und Headsche Zonen im sympathischen System.

Die nervösen Paratonien des Sympathikus kennzeichnen sich durch Schwitzen, Blau-, Naß-, Kaltwerden der Hände und Füße, Überempfindlichkeit gegen Kälte und Hitze, anfallsweise flüchtige Schwellung der Haut und Gelenkgewebe, Störungen des Stoffwechselautomatismus, Neigung zu atonischen (blaugrauen) Gefäßreaktionen bei Hautreizen, zur Erschlaffung des Müllerschen Muskels (schwarze Schatten unter den Augen) und des Kremasters (Hodentiefstand). Eine Verbindung der Neurosen des sympathischen Systems und des Vagus ist schon deshalb häufig, weil beide zum Teil durch die gleichen Schädigungen ergriffen werden und weil eine längere Überreizung des Vagusgebietes auf die Dauer auch das sympathische System erschöpft und umgekehrt. Der Tonus des Sympathikus wechselt mit dem Klima, der Ernährung und dem Drüsenstoffwechsel, der Reizsamkeitszustand des Vagus mit dem Affekt.

Die angeborene Atonie des sympathischen Systems, insbesondere der Infantilismus, führt zu einer reizbaren Schwäche des Vagus auch noch auf psychischem Wege, weil sie das Gefühl einer Affektleere hervorruft; weil weiter infolge des mangelhaften Automatismus die gewöhnlichen Genußreizungen zu den normalen Befriedigungsreaktionen nicht zu führen vermögen, so daß ein dauernder Reizrest im Empfindungs-

Digitized by Google

gebiet des betreffenden Organs zurückbleibt. Überreizungen im Vagusgebiet nach der Art der onanistischen Klitorisausstrahlungen sind also für infantilistische Frauen auch in der Ehe und ohne Onanie da gesetzmäßig, wo infolge mangelnden Funktionierens des sexuellen Automatismus kein Orgasmus, also keine normale Erschlaffung des Sympathikus auf die Reizung seines Auslösungsapparats gefolgt ist.

Die paratonischen Erkrankungen des Sympathikus können in geringerem Umfange segmentär abgegrenzt sein, sodaß zum Beispiel eine gleichmäßige Massage des ganzen Rückens eine im Herzsegment abgegrenzte blaugraue Gefäßreaktion und gleichzeitig durch reflektorische Reizung der vagischen Herzfasern ein allgemeines subjektives Schwächegefühl hervorrufen kann.

5. Therapie der spinalen und autonomen Reizzonen.

Für die Behandlung der autonomen und spinalen Überreizungsgebiete, die durch frühere Organkrankheiten einmal entstanden sind, dann aber zu selbständigen Krankheiten geworden sind, lassen sich folgende Gesetze aufstellen: Die einmal zu selbständigen Krankheiten im Sinne der örtlichen autonomen oder der Segmentüberreizung gewordene Reizausstrahlungen weichen meist nicht mehr der Heilbehandlung, die auf das Organ, von dem sie ausgelöst worden sind, gerichtet ist. Dagegen wirken manchmal auffällig günstig eine Überdehnung der Hohlmuskeln, besonders der Blase und des Magens durch Spülung oder der Gebärmutter durch Kurettement oder Schwangerschaft. Zur Heilung der selbständigen Reizzonen kommt Massage um so weniger in Frage, je größer die allgemeine Überreizung des Gesamtnervensystems ist. Muskuläre Reizzonen, besonders des Genitalgebietes, weichen nach meiner Erfahrung am besten Dauerbädern und (rhythmischer) Gymnastik, sensible Reizzonen, auch im Vagusgebiet, am besten dem galvanischen Strom.

Faradisation, Massage und Höhensonne wirken nur mittelbar auf den Vagus durch Tonisierung des Sympathikus. Ein gleichmäßig wirksames Medikament zur Beseitigung einmal krankhaft gewordener abgegrenzter Reizzonen des vagischen, sympathischen oder spinalen Reflexgebiets ist mir nicht bekannt geworden. Das meist verwandte Atropin wirkt auf den Sympathikus nur teilweise beruhigend, so daß an Stelle der Schweißabsonderung Jucken oder eine andere Reizerscheinung treten kann. Die Opiate und Nervina wirken auf den Vagus ebenso wie auf das spinale und zerebrale System. Hypnose und Psychotherapie wirken fast ausschließlich auf die Reizzustände des vagischen Krankheitsbildes. Wo im vagischen Krankheitsbild sekretorische Störungen vorliegen, erweist sich die Abstumpfung der Sekrete durch Kalkmagnesiasalze günstig. Die Heilung aller drei Überreizungsgebiete, also des vagischen, des sympathischen und des spinalen Reflexgebietes muß unter besonderer Berücksichtigung des am schwersten getroffenen, aber für jedes Gebiet gesondert erfolgen, da sich aus der Heilung des einen Krankheitsgebietes die selbständige Heilung der Nachbargebiete nicht ohne weiteres ergibt.

Digitized by Google

6. Schlußwort.

Falls die vorstehenden Untersuchungen und Arbeitshypothesen sich bestätigen sollten, würden sich gewisse weitgehende Folgerungen daraus schließen lassen, die auf normalpsychologischem Gebiet die Entstehung der Affekte und Affektäußerungen, auf dem Gebiet der Psychiatrie die Vagusreizung nach Umfüllen und die Sympathikussymptome der depressiven Psychosen, in der Neurosenlehre besonders die Organneurosen und die Psychoneurosen umfassen würden.

Die ablehnende Stellungnahme der inneren Kliniker beruht einerseits auf der andersartigen Untersuchungstecknik des Internisten, andererseits überwiegend auf den entgegenstehenden Gedankengängen der Stoffwechselpathologie, die zurzeit noch immer die innere Medizin beherrschen.

Das Eindringen der Stoffwechselpathologie in die Psychologie ist selbst nur eine Folge der materialistischen Denkweise in der Medizin, die in ihrer Auswirkung auf die Lehre von den Neurosen und Psychosen erfahrungsgemäß außerordentlich verödend und verarmend gewirkt hat.

Die Befreiung unserer psychologischen Forschung von der Herrschaft der Anatomen, Stoffwechsler und Serologen ist nur möglich, wenn wir die organischen Begleiterscheinungen der nervösen Krankheiten unter dem Gesichtspunkt des Tonus, der Reizausstrahlung und der seelischen Reflexe betrachten lernen. Dafür ist die Lehre von den Headschen Zonen ein erster, aber außerordentlich wichtiger und notwendiger Schritt.

In der Diskussion sprachen:

1. Röper: Der Arzt müsse sich bewußt bleiben, ob er seelisch bedingte oder organische Krankheiten vor sich habe, und ob seine Maßnahmen auf seelischem oder organischem Wege wirken. Die Headschen Zonen seien nach seiner Überzeugung meist seelisch bedingt oder durch die Untersuchung des Arztes künstlich hervorgerufen. Echte Headsche Zonen, wie z. B. bei Herzkrankheiten lokal zu behandeln, hält er für wenig aussichtsreich, immer müsse die psychotherapeutische Wirkung bei aller kutanen Therapie mit veranschlagt werden. Eher seien die Grundlagen der nervösen Schmerzen endogene Unterwertigkeiten des Nervensystems, als eine organische Überreizung mit gesetzmäßig abgegrenzten, auf die Peripherie projizierten Reizvorgängen.

2. Böttiger: Zwischen den psychogenen hysterischen Sensibilitätsstörungen, den Corneliusschen Druckpunkten und den Headschen Zonen seien grundsätzliche und tiefgreifende Unterschiede. Die Headschen Überreizungszonen seien wichtig zum Hinweis auf das Organ von dem der Reiz ausgeht. Insbesonders wertvoll haben sich die Zonen erwiesen bei Beschwerden die auf Nierensteine, Karzinome und dergleichen hindeuten. Außer den vom Referenten erwähnten Ausstrahlungszonen scheine ihm besonders wichtig der doppelseitige dumpfe innere Hinterhauptschmerz (Vaguskopfschmerz), der auf drei Organe zurückzuführen sei: auf Auge, Herz oder Darm. Dieser weiche nie der örtlichen Behandlung durch Antineuralgika oder galvanischen Strom, sondern bedarf stets erst der Behandlung des verursachenden Grundleidens. Die sorgfältige Beachtung der Headschen Zonen sei besonders in der Sprechstundentätigkeit wichtig, weil diese Schmerzen den Kranken oft hauptsächlich quälten und zum Arzt führten.

3. Trömner: Die Angaben eines so ernsten Forschers wie Head können wir nicht bezweifeln, nur findet man sehr selten die von ihm angegebenen präzisen Grenzen und Zonen. Ich selbst habe mehrfach danach gesucht, ohne mehr als ungefähre Übereinstimmung zu finden. Bei diesen subtilen Prüfungen spielen unbewußte Suggestionen bei Ärzten und Patienten sicher eine Rolle. Wenn die Reizzonen objektiv darstellbar wären, wie es auch Cimbal lehrt, so würden sie doch gewiß als Diagnostikum in der inneren Medizin gelten, aber weder in Lehrbüchern noch in der Praxis des inneren Klinikers spielen sie eine erhebliche Rolle.

Dagegen haben sie im Cimbalschen Sinne gowiß große Bedeutung für die Pathologie der Neurosen, nur bezweifle ich, ob sie noch auf Erkrankungen hinweisen können, welche mehrere, bisweilen zehn und mehr Jahre zurückliegen.

Digitized by Google

4. Delbanco weist auf die Entstehung des kreisförmigen Haarausfalls nach Zahnkrankheiten hin. Er wünscht die Darlegung der trophischen Ernährungsstörungen im Vagusgebiet und die Begrenzung der beiden Begriffe: Vagotonie und nervöse Überreizung des Vagus (im Referat nachträglich geschehen).

5. Pette hat bei seinen Untersuchungen die Headschen Zonen niemals gefunden. P. weist darauf hin, daß die meisten Internisten die Verwertung der Headschen Ausstrahlungen ablehnen. Er zweifelt an der Möglichkeit, örtliche Überreizungsgebiete durch physikalische Behandlung, insbesondere durch Bäder, zu beeinflussen.

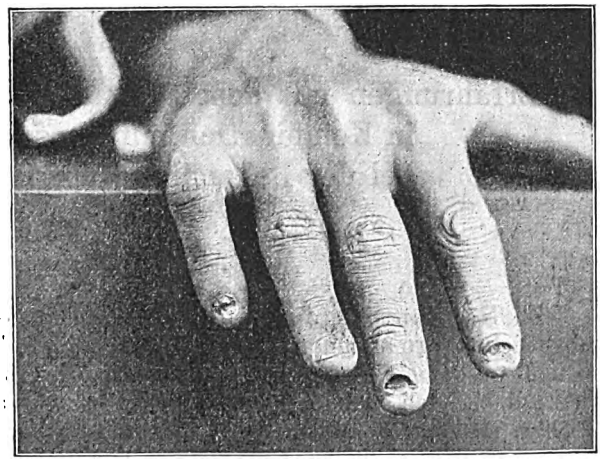
Eine eigenartige Nagelmykose in China (Onycholysis trichophytica).

Von

Dr. Friedrich Reiss, Dozent an der Dung-Dai-Medizinschule.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Lokalisation der Trichophytien an den Nägeln ist selbst bei ausgebreiteter Trichophytie des Körpers ziemlich selten. Um so seltener sind jene Fälle, wo keine Zeichen einer anderweitigen mykotischen Erkrankung vorhanden sind, dennoch Veränderungen an den Nägeln vorkommen, die in die Gruppe der Trichophytien gehören.



Meissner, Heller und Jessner berichten über Nagelmykosen ohne Beteiligung des Körpers. Jessner beschreibt eine spezielle Veränderung des Nagels, hervorgerufen durch den Trichophyton gypseum und equineum nahestehende Pilze. Die Krankheit äußert sich in weißlich fleckenförmigen Veränderungen der Nageloberfläche, weshalb auch die Bezeichnung Leuconychia trichophytica. Außerdem ist eine Hyperkeratose des Nagelfalzes vorhanden. (Es scheint nicht ausgeschlossen zu sein, daß primär eine Leuconychia flores unguium vorhanden war und eine Trichophytie dazugekommen ist.)

Der durch mich beobachtete Fall ist ganz sonderbar und in der Fachliteratur alleinstehend:

F. M., 27 Jahre alter, gut genährter Mann, angeblich vor 7 Jahren „Ringworm" an einigen Körperstellen, Nägel waren damals frei von jeder Erkrankung. Der jetzige Zustand besteht seit einem Jahre und hat sich sehr langsam entwickelt bis zum jetzigen Stadium. Derzeit an der Körperhaut nichts nachweisbar, WR negativ. Am Zeige-, Mittel- und Kleinfinger der rechten Hand ist ein kleiner, halbmondförmiger, häutiger Rest des

Digitized by Google

Nagels vorhanden. Der Nagelfalz zeigt ganz geringe Schwellung. Das von den Nagelresten abgekratzte und in Kalilauge untersuchte Material zeigt reichliche Pilze. Die auf Sabourauds Glukoseagar in Röhrchen angelegten Kulturen zeigten erst nach 35 Tagen kümmerliches Wachstum. Die Oberfläche mit kurzem Flaum bedeckt, in der Mitte kleine, unregelmäßige Erhabenheiten und Vertiefungen. Die Verfärbung ist in der Mitte ockergelb, am Rande mehr zur bräunlichen Farbe neigend. Die am Meerschweinchen vorgenommene Inokulation war positiv und es handelte sich um den Typus des Endo-Ektothrix. Die beschriebene Pilzgattung zeigt große Ähnlichkeit zu den von Ota in der Mandschurei gefundenen Trichophyten α und β.

Das klinische Bild zeigt entschieden ganz spezielle, durch Pilze hervorgerufene Nagelveränderungen. Es stehen nunmehr zwei Fragen offen:

1. Ist diese Erkrankung im Zusammenhange, also ein Residuum der ersten Erkrankung,

2. oder aber ist es eine unabhängige, frische Infektion?

Die Gründe dies klinischen Bildes sind mir etwas unklar. Möglicherweise ist es ein Residuum der ersten Erkrankung und in diesem Falle ist eine Differenz zwischen der Allergie der Haut und der Nägel als sozusagen sicher anzunehmen, oder aber sind die Pilze vom Nagelfalze eingedrungen und dadurch diese schwere Störungen verursacht. Die Therapie bestand in Röntgenbestrahlung, aber es läßt sich über das Resultat noch kein endgültiges Urteil geben.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wiesbaden
(Oberarzt: Dr. Gutmann.)

Erfahrungen mit dem Wismutpräparat Nadisan, in Kombination mit Neosalvarsan bei der Behandlung der Syphilis.

Von
C. Gutmann.

(Schluß.)

Zu Nachuntersuchungen haben sich trotz aller mündlichen und schriftlichen Ermahnungen bisher nur 33 Kranke wieder eingefunden, so daß es keinen Zweck hat, auf die dabei erhobenen Befunde näher einzugehen. Ich möchte nur erwähnen, daß wir an ihnen kein klinisches Rezidiv eruieren konnten. Auch in serologischer Hinsicht waren die Befunde zufriedenstellend. Zunächst erwiesen sich 19 Fälle, die ihre erste Kur bei negativen Reaktionen beendet hatten, auch bei der Nachkontrolle als WR — und SGR —; von den restierenden 14 waren 8 negativ geworden, während sich bei den anderen 7 die Reaktionen in mehr oder minder großer Stärke positiv erhalten hatten, bzw. bei dem einen oder anderen evtl. im Umschlagen in die positive Phase waren.

Im ganzen genommen sind diese Ergebnisse zwar nicht gerade glänzend, aber doch durchaus zufriedenstellend zu nennen. Sie sind besonders günstig in der Gruppe 1, d. h. bei den Fällen von frischer sekundärer Lues, die ihre Kur regelmäßig, sozusagen in einem Zuge durchgeführt haben. Sie überragen keinesfalls z. B. die leider vielfach nicht dauerhaften Resultate, die wir seinerzeit durch

Digitized by Google

die Behandlung mit Novasurol-Salvarsan und Cyarsal-Salvarsan in Mischspritze erzielten, sind aber erheblich besser als im allgemeinen die bei reiner Bi-Therapie bisher gemeldeten Erfolge, wenigstens soweit die bei Abschluß der ersten Kur erhobenen Befunde in Frage kommen. Ein paar Angaben aus der Literatur, die unschwer vermehrt werden könnten, mögen dies illustrieren.

FOURNIER und GUÉNOT, die wohl die größte Erfahrung über die Wismuttherapie besitzen, schreiben, daß seropositive Lues I durch eine Trepolkur wassermann-negativ werde, aber öfter doch erst einige Wochen nach der Behandlung. Bei Lues II waren die Reaktionen nach der 1. Kur meist nicht negativ, sondern erst nach der 2. Damit deckt sich beispielsweise vollkommen, was vor kurzem ESCHER über die Beeinflussung der frischen Lues durch Trepolinjektionen mitgeteilt hat, indem unter seinen 25 Fällen von Lues II nach der 1. Kur nur 3 wassermann-negativ waren. Demgegenüber teilt SCHERBER, der auch Trepol verwandte, mit, daß die Blutreaktionen bei Sklerosen durchgehend, bei sekundärer Lues meist durch eine Kur negativ wurden.

Von 16 Fällen frischer sekundärer Lues NEUENDORFFS waren nach einer Bismogenolkur von 12—15 Injektionen zu 1 ccm nur 4 wassermann-negativ, alle übrigen unverändert positiv. Ganz im Gegensatz dazu heißt es in einer Arbeit VOEHLS, daß die Frankfurter Klinik bei 38 Fällen durchschnittlich bereits nach 8—10 ccm Bismogenol einen Umschlag der WR habe feststellen können, während bei einzelnen Fällen trotz beendeter Kur keine negative WR verzeichnet werden konnte.

Von 30 frischen, unbehandelten Sekundärfällen FELKES waren nach 40tägiger Milanolkur 16, also über die Hälfte, wassermann-negativ, 7mal war die Reaktion abgeschwächt und 7mal positiv geblieben.

Was schließlich das Nadisan betrifft, so findet HUGO MÜLLER für dieses Präparat eine schnellere serologische Einwirkung, als er seinerzeit für das Trepol ermittelt hatte.

Die Resultate der hier zitierten Autoren weichen also, wie ohne weiteres ersichtlich, nicht unerheblich voneinander ab. Das wäre ja schließlich ganz verständlich, wenn diese Differenz nur bei Verwendung verschiedener Präparate zutage träte. Es ist aber eigentlich unerklärbar, daß das gleiche Mittel in der Hand des einen gute und schnelle, in der Hand eines anderen dagegen schlechte, oder doch nur zögernd sich einstellende serologische Resultate zeitigt. Im großen ganzen ergibt sich aber doch, namentlich aus dem Studium der gesamten Wismutliteratur, daß die serologischen Reaktionen unter der Einwirkung der verschiedenen Bi-Präparate nur langsam in die negative Phase übergehen, dafür aber auch um so länger in ihr zu verharren scheinen. Was hier kombinierte Salvarsan-Wismutkuren leisten, darüber existieren, soweit ich sehe, noch keine verwertbaren und vor allem zahlenmäßigen Angaben in der Literatur. Und auch unsere eigenen, hier mitgeteilten Versuche mit einer solchen Kombinationstherapie lassen, wie bereits gesagt, zunächst keinen weiteren Schluß zu als den, daß auf diesem Wege für den Augenblick Günstiges, ja man kann wohl sagen, Günstigeres als durch Bi allein erreicht werden kann.

Digitized by Google

Soviel über unsere Erfahrungen mit intramuskulären Injektionen des in Öl suspendierten Nadisans in Kombination mit Neosalvarsan. Ich wende mich nunmehr zur Besprechung der Ergebnisse unserer Versuche mit intravenösen Nadisaninjektionen. Der Gedanke, diesen Weg zu beschreiten, wurde vor allem durch die vielfachen Klagen über erhebliche, manchmal sogar fast unerträgliche Schmerzen im Gefolge der intramuskulären Injektionen in mir erweckt. Natürlich erschien es mir aber auch sonst reizvoll, zu prüfen, ob diese Methode überhaupt durchführbar sei, und was damit erreicht werden würde. Leider konnten diese Versuche erst vor wenigen Wochen aufgenommen werden, da das Präparat zu einem früheren Zeitpunkte für derartige Versuche noch nicht reif war; sie sind also in keiner Richtung abgeschlossen, und so kann das, was ich hier darüber sagen kann, nur als eine vorläufige, in keiner Weise bindende Mitteilung gelten.

Vergegenwärtigen wir uns einmal ganz kurz, was über Injektionen von Bi-Salzen in die Blutbahn in der Literatur bisher niedergelegt ist. Das ist herzlich wenig, selbst wenn die eine oder andere Mitteilung mir entgangen sein sollte. Grenet und Drouin geben an, daß das Bitrioxybismutobenzol, eine aromatische Triphenol-Bi-Komposition mit 50% Bi-Gehalt, auch intravenös vom Menschen gut vertragen werde.

Lacapère und Galliot berichten über Versuche mit einem kolloidalen Bi, dem Wismutionoid-Fouard. Sie geben 3mal wöchentlich eine Dosis von 15 ccm = 33 mg Wismutmetall intravenös und machen insgesamt 20—25 Injektionen. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, außer einem leichten Reizgefühl in den Zähnen unmittelbar nach der Injektion. Die klinischen und serologischen Resultate werden als vorzügliche bezeichnet. In einer weiteren Arbeit schreibt Galliot auf Grund von 50 auf obige Weise behandelten Fällen, daß die Wirkung einer solchen Kur nur um ein Geringes weniger stark sei, als die der Salvarsan-Präparate.

Ferner teilt Marin Agramunt in mehreren Arbeiten Versuche mit, die er mit einer 5%igen Lösung von Kaliumnatrium-Wismuttatrat spanischer Herkunft gemacht hat. Insgesamt wurden im Verlauf einer Kur 2 g des Salzes inkorporiert. Die Kranken, 9 im ganzen, vertrugen die Injektionen gut.

Endlich liegt eine Arbeit von Benech vor, der eine 10%ige Lösung von „Tartro-bismuthate sodique soluble" zur intravenösen Injektion verwendet. Sein Behandlungsschema ist folgendes: 1. Injektion 0,5 ccm, dann 4 Tage hintereinander 1 ccm, darauf 3 Tage Pause, dann wieder 4 Einspritzungen hintereinander à 1 ccm, alsdann 4 oder 5 Tage Pause, schließlich noch 2 Injektionen zu 1 ccm mit 2tägigem Intervall. Die Kranken erhalten also in etwa 20 Tagen 1 g des Bi-Salzes intravenös. Benech hat im ganzen 600 Injektionen am Menschen ausgeführt, ohne Zwischenfälle ernster Art zu erleben. Er sah nur milde Stomatitiden, niemals Albuminurie. Bemerkenswert ist das Auftreten heftiger Schmerzen neuralgischen Charakters in den Kiefern und Zahnfleischrändern, entweder schon gelegentlich der 1. oder 2. Injektion, oder aber erst nach der 3.—5. Einspritzung. Benechs Kranke waren durchweg Spätsyphilitiker. Er will Verschwinden des Romberg, der Pupillenstarre und der lanzinierenden Schmerzen beobachtet haben.

Digitized by Google

In deutschen Zeitschriften steht so gut wie nichts über intravenöse Bi-Behandlung geschrieben. Ich finde lediglich bei Neuendorff die Notiz, daß er Versuche über intravenöse Wismuttherapie begonnen habe, und außerdem macht Schreus ein paar kurze, darauf bezügliche Mitteilungen. Schreus hat eine 5—10%ige wässerige Lösung des Bisan-Bayer, das einen Gehalt von 22% Bi-Metall hat, vereinzelt intravenös eingespritzt. Er injizierte jeden 2. Tag 1 ccm = 0,01 Bi-Metall und sah dabei keine schädlichen Nebenwirkungen. Schreus meint, daß sich die Dosis wohl noch steigern lasse. Über die Wirkung des intravenös einverleibten Bisans auf die Spirochäten fehlen Schreus noch genügend zahlreiche Beobachtungen.

Als wir unsere Versuche mit intravenösen Nadisaninjektionen begannen, lagen lediglich die wenigen, oben zitierten Berichte ausländischer Autoren vor. Allzuviel ließ sich aus ihnen für die Prüfung der Vorfrage, wie wir dosieren sollten, nicht entnehmen, da nur Lacapère und Galliot angeben, daß sie pro dosi 33 mg Bi-Metall injizieren, während Marin Agramunt und Benech sich darauf beschränken, zu sagen, daß sie mit 5- bzw. 10%igen Lösungen ihrer Bi-Verbindungen arbeiten, ohne den Bi-Gehalt dieser Salze mitzuteilen. Wir mußten daher versuchen, uns nach dieser Richtung hin weitere Belehrung aus den Ergebnissen des Tierexperiments zu verschaffen.

Sazerac und Levaditi hatten nach Hugo Müller für das Trepol, dessen Gehalt an aktivem Wismut etwa 64% beträgt, folgendes ermittelt. Beim Kaninchen wirken intravenös bereits 0,005 g = 0,0032 Bi, d. h. 3,2 mg pro Kilogramm nach etwa 7 Tagen tödlich, während bei Verwendung der alkalischen wässerigen Lösung in Form intramuskulärer Injektionen 0,05—0,06 g pro Kilogramm, d. h. die zehnfach höhere Dosis noch gut vertragen wird; noch weniger toxisch ist die 10%ige ölige Emulsion. Weiter liegen dann von Giemsa durchgeführte Tierversuche vor. Giemsa bediente sich dazu des Bismutyltartrats der Brasilianer Horta u. Ganns, Natrol genannt, das weniger stark alkalisch als das Trepol reagiert und in Wasser äußerst leicht löslich ist. Giemsa stellte folgendes fest: Für Kaninchen ist bei intravenöser Einverleibung die Dosis bene tolerata 0,7 mg Bi-Metall pro Kilogramm, bei subkutaner dagegen 7 mg; die Dosis toxica liegt bei 1,4 bzw. 10 mg, und die Dosis letalis bei 1,7 bzw. 14 mg. Das Präparat ist mithin bei direkter Einführung in die Blutbahn um etwa das 10fache toxischer als bei subkutaner Injektion.

Was das Nadisan selbst betrifft, so hatte sich nach den mir zur Verfügung gestellten Protokollen der Firma Kalle im Kaninchenversuch das Folgende ergeben. Intravenös einverleibt, verträgt das Tier 1 mg pro Kilogramm gut; 1,7 mg wirken giftig, und erst 5,1 mg führen zum Tode des Tieres. Das Präparat scheint demnach etwas weniger giftig für das Kaninchen zu sein als das Trepol und das Natrol. Auch hat es den Anschein, als ob in gewissem Sinne eine Gewöhnung an das Mittel eintreten könnte. Wenigstens riefen bei einem schon zuvor intramuskulär und subkutan gespritzten Tier weder 1,7 mg noch 8 Tage später 3,4 mg pro Kilogramm irgend welche Intoxikationssymptome hervor, 5,1 mg brachten aber auch dieses Tier zur Strecke.

Digitized by Google

Diese Feststellungen im Tierexperiment führten uns nun zu folgenden Überlegungen. Wenn das Kaninchen bei GIEMSA intravenös 0,7 mg pro Kilogramm und bei Kalle 1,0 mg, ohne Schaden zu nehmen, vertragen hatte, so mußte man eigentlich, das Körpergewicht des Menschen einmal willkürlich mit 50 kg angesetzt, unbedenklich 50mal 0,7—1 mg, das sind 35—50 mg Bi als Einzeldosis beim Menschen geben können, d. h. eine ebenso große oder doch annähernd so große Dosis, wie sie in unseren intramuskulären Einzelinjektionen enthalten war. Dennoch konnte ich mich zuerst zur Injektion einer solchen Dosis nicht entschließen, hielt es vielmehr für geraten, den ersten Versuch mit einer kleineren Menge zu unternehmen. Zur Verfügung stand mir zunächst eine 10%ige, bald darauf auch, meinem Wunsche entsprechend, eine 5%ige wässerige Lösung des Nadisans, abgefüllt in Ampullen zu 1 ccm. Es ist das eine dauernd haltbare, milchigweiße Flüssigkeit von neutraler Reaktion, die keine sichtbaren Teilchen enthält, beim längeren Stehen aber einen Teil des darin gelöst enthaltenen kolloidalen Wismuthydroxyd absetzt. Dieser Bodensatz muß natürlich unmittelbar vor der Injektion wieder aufgerüttelt werden, was durch kräftiges Schütteln ohne weiteres gelingt. Da es sich, wie gesagt, um 10%ige bzw. 5%ige Lösungen handelt und das Nadisan, wie schon eingangs erwähnt, einen Gehalt an metallischen Wismut von 50% hat, so sind also in 1 ccm 0,1 bzw. 0,05 des Salzes = 0,05 bzw. 0,025 Bi-Metall enthalten.

Ich verabfolgte nun einer 58 kg schweren, symptomlosen Lueskranken als erste Dosis 0,2 ccm der 10%igen Lösung, mithin 10 mg Bi-Metall. Es erfolgte keinerlei Reaktion. Den übernächsten Tag erhielt die Patientin 0,6, 3 Tage später 1,0, am 9. Behandlungstage 1,25, am 12. 1,75 und am 16. 2,0 ccm. Sämtliche Injektionen lösten keinerlei Nebenwirkungen aus. Als ich mich aber daraufhin verleiten ließ, am 20. Tage der Behandlung vormittags 2,25 ccm = 125 mg Bi-Metall zu geben, reagierte die Kranke nach mehreren Stunden mit Übelkeit und Erbrechen, war aber bereits am Abend wieder völlig wohl. Am 24. Tage schloß ich dann zunächst einmal die Wismutzufuhr mit einer Gabe von 2 ccm ab, die keine Störung mit sich brachte. Ich war also, wie der Fall lehrt, zu weit gegangen, als ich es wagte, dem sehr kräftigen Mädchen 125 mg Wismutmetall intravenös zuzuführen. Sehr bald aber zeigte sich, daß auch an einer Einzeldosis von 2 ccm einer 10%igen Lösung, d. h. 100 mg Bi, nicht generell festgehalten werden konnte. Zwar vertrugen einige weibliche Kranke, deren Körpergewicht um 50 kg schwankte, diese Dosis, abgesehen davon, daß die besonders von BENECH eingehend beschriebenen Kiefer- und Zahnschmerzen unmittelbar nach der Injektion einsetzten, zunächst ganz glatt, sehr bald liefen uns aber doch 2 Patientinnen mit allerdings sehr schlechten Zahnverhältnissen unter, die Speichelfluß bekamen, ferner ganz akut Ablagerung von Bi-Sulfid in den verschiedensten Abschnitten der Mundschleimhaut zeigten, und bei denen endlich, und zwar ebenfalls rapide, eine partielle Stomatitis, meist im Bereiche solcher Bi-Ablagerungsstellen, einsetzte. Einer dieser beiden Fälle hatte gleichzeitig eine minimale Albuminurie, die nach 2 Tagen abgeklungen war.

Digitized by Google

Die Konsequenz, die ich aus diesen Vorkommnissen ziehen mußte, war die, mit der Einzeldosis auf 1,5 ccm herunter zu gehen. Denn es galt ja schließlich nicht festzustellen, welche Dosis einem einzelnen Individium eventuell ohne Schaden zugemutet werden konnte, sondern die für das Gros der Menschen verträgliche Dosis zu ermitteln. Aber auch bei Verwendung dieser Einzeldosis, die wir nicht etwa täglich, sondern im allgemeinen nur jeden 4. Tag gaben, mußten wir im ganzen die gleichen Erfahrungen machen. Ich habe mich daher genötigt gesehen, die Einzeldosis noch weiter, und zwar auf 1 ccm der 10%igen Bi-Lösung = 50 mg Bi-Metall zu reduzieren, die wir jeden 3. Tag injizieren, kann aber heute naturgemäß noch nicht sagen, ob dies die Dosis bene tolerata sein wird, und noch viel weniger einen festen Behandlungsplan aufstellen.

Wir haben bis zum gestrigen Tage an 16 Kranken 77 intravenöse Injektionen gemacht. Nach 67 Einspritzungen war eine genaue Temperaturkontrolle möglich, die 20mal Fieber ergab. Das klingt beängstigend, ist es aber nicht, wenn man sich die Sache genauer besieht. Es entfallen nämlich von diesen 20 Fieberreaktionen allein 11 auf 16 erste Injektionen, gehören also in die Rubrik des sogen. Spirochätenfiebers; noch 2 weitere Kuppen von 37,4 bzw. 37,5, sind ebenfalls hierher zu zählen; sie schlossen sich an zweite Einspritzungen an, die bei zwei frischen spirochätenreichen Luesfällen bereits am Tage nach der 1. Injektion verabreicht wurden. Es bleiben mithin nur 7 als toxisch anzusprechende fieberhafte Reaktionen nach 51 zweiten und weiteren Injektionen übrig, die sich auf 4 Fälle verteilen. Einer davon, die oben erwähnte Kranke mit Stomatitis und Albuminurie, bekam nach 3, ein weiterer Stomatitisfall nach 2 Injektionen Fieber; die beiden anderen hatten je einmal eine Kuppe von 37,4 bzw. 37,6. Das Spirochätenfieber selbst erreichte 5mal beträchtliche Höhen, nämlich 38,5—39,4, und das ganze Bild erinnerte überaus lebhaft an das, was wir nach einleitenden intravenösen Salvarsaninjektionen zu sehen gewohnt sind.

Wir sahen ferner ein- und mehrmaliges Erbrechen nach 2 Einspritzungen, weiter insgesamt 4mal partielle Stomatitis mit guter Heilungstendenz und außerdem kurz dauernde, minimale Albuminurie bei einem dieser Stomatitispatienten und noch einem zweiten Kranken.

Gegen die im unmittelbaren Anschluß an die intravenösen Injektionen des Wismut sich einstellenden Schmerzen in der Mundhöhle scheint kaum ein Mensch gefeit zu sein. Sie haben oft einen geradezu neuralgieartigen Charakter und sind nach den Angaben unserer Patienten meist nicht in den Kieferknochen und auch nicht im Zahnfleisch, wie das BENECH beschreibt, sondern in den Zähnen selbst lokalisiert. Wir haben sie bisher noch nicht nach einer 1. Injektion erlebt, sondern in der Regel wurden erst gelegentlich der 2., manchmal auch der 3. Einspritzung Klagen darüber laut. Die Schmerzen, die öfters mit einem brennenden Gefühl im Bereiche des Zahnfleisches verknüpft sein sollen, sind anscheinend oft recht heftig, aber meist von kurzer Dauer, treten aber bei jeder weiteren Injektion offenbar konstant immer von neuem auf. Das ist eine zwar nicht gefährliche, aber

Digitized by Google

doch recht unangenehme Beigabe der endovenösen Zufuhr des Bi, die unbedingt zu einer Ablehnung des ganzen Verfahrens führen müßte, wenn es nicht möglich wäre, dieses Schmerzphänomen wirksam zu bekämpfen. Das gelingt aber in der Tat in ausgezeichneter Weise. Zunächst einmal können die Schmerzen außerordentlich gedämpft werden, wenn man den Kranken sofort nach der Einspritzung, gemäß dem Vorschlag Benechs, den Mund mit heißem Wasser spülen läßt, dem einige Tropfen Laudanon zugesetzt sind; man kommt aber auch mit heißem Wasser allein aus. Noch besser jedoch fährt man, nach unseren Feststellungen, wenn man etwa $^1/_2$ Stunde vor der Einspritzung ein Antineuralgikum — wir geben 0,25 Trigemin — einnehmen läßt. Dadurch werden die Schmerzen zum mindesten auf ein Minimum beschränkt, häufig sogar wird der Anfall völlig kupiert.

Das sind in kurzen Zügen die Nebenerscheinungen, die uns bisher bei intravenösen Nadisaninjektionen begegnet sind. Wir hätten sie zweifelsohne, zum Teil wenigstens durch niedrigere Dosierung des Mittels vermeiden können.

Und nun noch einige Bemerkungen zu den Wirkungen dieser Applikationsmethode.

Untersuchungen hinsichtlich des Verhaltens der Spirochäten konnten bisher in 10 Fällen angestellt werden. In 2 Fällen waren sie etwa 24 Stunden nach einer Injektion von 1,5 ccm dauernd verschwunden. In 2 weiteren Fällen mit gleicher Anfangsdosis war dies Resultat nach etwa 45 bzw. 70 Stunden erreicht. In einem 5. Falle, der 1,75 ccm erhielt, konnten nach 44 Stunden keine Pallidä mehr gefunden werden. 4 weitere Fälle wurden 2 Tage hintereinander gespritzt; 2 davon bekamen insgesamt 2,0, die beiden anderen 1,5 ccm intravenös. In den beiden ersteren war der Spirochätenbefund etwa 46 Stunden, in den beiden letzteren etwa 48 bzw. etwa 52 Stunden nach Beginn der Behandlung negativ. Der 10. Fall endlich ist insofern bemerkenswert, als Spirochäten etwa 24 Stunden post injekt. von 1,5 ccm nicht mehr zu sehen waren, dann aber bei 2 Nachkontrollen, die ein paar Stunden später erfolgten, wenn auch spärlich, wieder gefunden wurden, um erst auf eine erneute, etwa 34 Stunden nach der 1. Injektion gegebenen Dosis von 1 ccm definitiv sich dem Nachweis zu entziehen. Im ganzen verflossen hier etwa 48 Stunden vom Zeitpunkt der 1. Einspritzung an gerechnet bis zum Verschwinden der Pallida. Diese Ergebnisse bleiben mithin auch noch hinter dem zurück, was mit einer mittleren Salvarsandosis erreicht wird, sie sind aber durchschnittlich günstiger als bei intramuskulärer Injektion des Nadisans und anderer Bi-Präparate. Dies erhellt ohne weiteres aus den diesbezüglichen, in einem früheren Abschnitt meiner Ausführungen gemachten Angaben. Es darf aber bei Beurteilung dieser Verhältnisse nicht außer acht gelassen werden, daß einleitend von uns endovenös im allgemeinen eben doch höhere Dosen des Präparates einverleibt wurden als auf intramuskulärem Wege.

Zu der weiteren Frage, beeinflussen die intravenösen oder intramuskulären Nadisan-Einspritzungen die klinischen Symptome der Lues besser, kann ich angesichts des kleinen Materials,

Digitized by Google

das bisher nach dem ersteren Verfahren behandelt ist, heute unmöglich irgendwie Stellung nehmen. Aber eines scheint mir jetzt schon sicher zu sein, die Wirkung intravenöser Salvarsaninjektionen wird auch in dieser Beziehung von intravenösen Nadisaninjektionen nicht erreicht.

Das wäre ungefähr das, was ich Ihnen heute über Wirkungen und Nebenwirkungen der intravenösen Nadisaninjektionen sagen kann. Haben wir auch bisher keine schweren oder gar bedrohlichen Zwischenfälle dabei erlebt, so haben sich doch, wie Sie gesehen haben, immerhin mancherlei unliebsame Störungen geltend gemacht, die zum Teil zweifellos auf das Konto zu hoher Dosierung zu setzen sind. Ob es möglich sein wird, durch Herabsetzung der Dosis, zu der wir ja geschritten sind, diese Störungen, die, wie bei jeder Bi-Therapie, in erster Linie die Mundschleimhaut und die Niere bedrohen, zu vermeiden oder doch wenigstens auf ein erträgliches Maß herabzudrücken, ohne daß gleichzeitig dafür ungenügende therapeuthische Erfolge mit in den Kauf genommen werden müssen, muß eingehend geprüft werden. Aber mag nun bei diesen weiteren Versuchen eine möglichst atoxische und zugleich leistungsfähige Methode sich ermitteln lassen oder nicht, so liegen zurzeit die Dinge doch so, daß in der Praxis unter keinen Umständen schon jetzt intravenöse Injektionen des Nadisans oder auch eines anderen Bi-Salzes verwendet werden dürfen. Wenn Sie Wismuttherapie überhaupt treiben wollen, dann ist augenblicklich als Methode der Wahl nur die intramuskuläre Injektion des Wismut anzusehen, und zwar auch nur in Form öliger Suspensionen, soweit es sich um deutsche Präparate handelt, die im allgemeinen ja lediglich für uns in Frage kommen, und übrigens offensichtlich das gleiche leisten, als ausländische Erzeugnisse. Entschließen Sie sich aber zur Anwendung des Wismuts bei Ihrer Klientel, und ich möchte Sie hiermit auffordern, von dieser meines Erachtens wertvollen Bereicherung unseres Rüstzeuges im Kampfe gegen die Syphilis Gebrauch zu machen, dann kann ich Ihnen für diesen Zweck das Nadisan Kalle, das ich allein, wie gesagt, aus eigener Anschauung kenne, nur empfehlen. Macht es auch oft lokale Beschwerden, die nicht selten einen erheblichen Grad erreichen, so entfaltet es doch andererseits in der bei uns üblichen Dosierung nur geringe toxische, und dabei recht befriedigende Heilwirkungen. Ob man sich auf die alleinige Anwendung des Präparates beschränken, oder kombiniert, d. h. mit Bi und Salvarsan behandeln soll, das ist eine Frage, über die die Akten noch nicht geschlossen sind. Zweifelsohne steht einer solchen Kombination in irgend einer Form nicht das geringste Bedenken entgegen, wie Sie ja auch aus meinen Ausführungen ersehen konnten, vielleicht wird dadurch sogar mehr erreicht. Keinesfalls aber sollte die gleichzeitige Zufuhr reichlicher Salvarsanmengen unterbleiben, wenn es gilt, ganz junge, noch wassermann-negative Primäraffekte zu behandeln; denn nach meiner Erfahrung wird eben doch durch eine einzige intensive Salvarsan- oder Salvarsan-Hg-Kur ein sehr hoher Prozentsatz dieser Fälle abortiv geheilt, der eventuell durch

Digitized by Google

die Kombination Salvarsan-Wismut noch verbessert werden kann, während wir heute noch nicht wissen, ob es mit Wismut allein gelingt, in diesem Stadium der Lues auch nur annähernd entsprechende Erfolge zu erzielen.

Literatur.

Ausländische Literatur im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., ab Bd. 2. — Benech, Revue medicale de l'est, 1922, Bd. 50, H. 17, S. 546. — Bloch, Kl. W., 1922, Nr. 38. — Deselaers, Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 38. — Félke, M. m. W., 1922, Nr. 39 und 52. — Giemsa, M. m. W., 1922, Nr. 41. — Görl und Voigt, M. m. W., 1923, Nr. 5. — Guszmann und Pogány, Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 6. — Lehner und Radnai, Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 42. — H. Müller, M. m. W., 1922, Nr. 15 und 48, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 7, S. 289. — Neuendorff, Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 14. — Plaut und Mulzer, M. m. W., 1923, Nr. 16. — Prater, Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 14. — F. Pinkus, M. Kl., 1923, Nr. 13. — Schreus, D. m. W., 1923, Nr. 15. — Voehl, D. m. W., 1923, Nr. 7.

Brock, M. m. W., 1921, Nr. 32. — Gärtner, Derm. Zschr., Bd. 28, S. 179. — Kyrle, Derm. Zschr., Bd. 35, S. 313. — Lüth, Derm. W., Bd. 72, Nr. 16, S. 321. — Scholtz und Riebes, D. m. W., 1913, Nr. 30 und Derm. W., 1912, Bd. 54.

Nachtrag bei der Korrektur. Inzwischen erschien neben weiteren Wismutarbeiten eine das Nadisan-Kalle betreffende Publikation von Hugo Müller, Blass und Kratzeisen in der M. m. W., 1923, Nr. 20, auf die ich hiermit besonders hinweisen möchte.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Dezember 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Planner.

Sachs: 1. **Urticaria pigmentosa.** 14jähr. Mädchen, am Stamm und auf der Stirne braungelbe Quaddeln, mit Pigmentierungen abheilend. Die Affektion besteht seit dem dritten Lebensjahr. Der Vater soll an derselben Krankheit gelitten haben. Das Zellinfiltrat besteht ausschließlich aus Mastzellen, in Säulen und Strängen angeordnet, außerdem Ödem und neugebildete Gefäße. In der Basalzellenschicht sowie der Kutis reichlich Pigment, welches keine Eisenreaktion gibt.

2. **Tuberculosis verrucosa.** 48jähr. Glaser. Typisches Krankheitsbild im Anschluß an eine Verletzung.

3. **Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi.** Der 17jähr. Pat. zeigt die Nase geschwollen und vergrößert. An den Nasenflügeln und Naseneingang über stecknadelkopfgroße braune Knötchen, welche zum Teil konfluieren und schlappe, eitrig einschmelzende, lochförmige Geschwüre bilden. Am linken Gaumenbogen sowie der Epiglottis eine miliare Aussaat von kleinsten grauen Knötchen. Am linken Ellbogen ein kronenstückgroßer Herd eines Lupus vulgaris.

Nobl: **Lupus erythematosus der Zehen und Sohlen.** 26jähr. Mechaniker, seit 5 Jahren von disseminiertem Lupus erythematosus des Gesichtes, Nackens und der oberen Brust befallen. Seit 3 Jahren Erscheinungen an den Streckflächen der Finger und Fingerbeeren, seit einem Jahre im Bereiche der Füße. Die Beugeflächen der Zehen und vorderen Plantaranteile von erythematösen, mit Schuppen bedeckten, dicht aneinander gereihten Effloreszenzen eingenommen, die reichlich von Gefäßektasien durchsetzt erscheinen und vielfach grübchenförmige Einsenkungen und flach atrophische Involutionsstellen darbieten.

Rusch: 1. **Syringocystadenom.**

2. **Trophische Störungen an den Fingernägeln durch mechanische Insulte ausgelöst.** 26jähr., neuropathisch veranlagter Mann, seit dem 15. Lebensjahr nahezu alle Nägel in sagittaler Richtung stärker gekrümmt, sie zeigen Querriffe und Wulstbildungen, auch Längsstreifen und an den Daumen schüsselförmige zentrale Vertiefungen.

Digitized by Google

Eine subunguale Hyperkeratose nur an einem Nagel angedeutet. Pat. ist einer dem Nagelbeißen ähnlichen Unart ergeben, indem er die Gewohnheit hat, das Nagelhäutchen zurückzuschieben und dabei fortwährend zwischen Nagel und hinterem Nagelwall förmlich hineinzubohren; als Folgeerscheinungen weiter öfters Nagelbettentzündungen.

3. **Zirkumskripte Sklerodermie.** 26jähr., an Vitium cordis und chron. Nephritis leidender Mann zeigt ausgedehnte partielle Sklerodermieherde nahezu am ganzen Rumpfe, an den Vorderflächen der Oberschenkel und an den Innenflächen der Ober- und Unterarme in flächenhafter Ausbreitung, also nahezu generalisiert. Immerhin ist die Zusammensetzung aus mehr oder weniger umfangreichen, zirkumskripten Herden deutlich. An den oberen Thoraxpartien zirkumskripte, bläulichweiße bis bläulichviolete, oberflächlich zart atrophische Herde, innerhalb welcher stellenweise mehr angedeutete weißliche Flecken, den präexistenten Hautfeldern entsprechend eingesprengt. Deutlicher sind diese polygonal umrissenen, lichenoiden, porzellanweißlichen Herde zu Gruppen zusammengestellt an den Seitenflächen des Abdomens und Thorax, hier inmitten dunkelbraun pigmentierter, gleichfalls im übrigen zart atrophischer Haut. Stellenweise ist eine segmentale, bandförmige Verteilung, namentlich am Rücken offensichtlich.

Kren: **Radiumulkus der Hohlhand.** 27jähr. Pat., die vor etwa 2 Jahren wegen Tendovaginitis in der rechten Hohlhand im Mai mit Radium (etwa 100 mgh), im Juli neuerdings 240 mgh und 14 Tage später mit Röntgen behandelt worden ist, worauf im August die ganze Oberhaut der Hohlhand sich blasig abgehoben haben soll. Nach allmählicher Besserung entwickelte sich der jetzige Zustand. Die rechte Hohlhand zeigt Trockenheit und leichte Verdickung, die subjektiv Schmerzen verursacht und von kleinen Gruppen erweiterter Gefäße durchzogen ist. Im Zentrum ein tiefes, linsengroßes, rhagadiformes Ulcus. Im Prinzip führt jede Therapie zur Besserung, die auf die erkrankten Gefäße dilatierend wirkt, ohne die Haut zu schädigen.

Arzt: **Sklerodermie und Sklerodaktylie.** 25jähr. Pat., krank seit Winter 1921. Vorerst Erfrierungen an den Händen, später Bewegungseinschränkung in den Fingern, dann Verhärtung des Integumentes an beiden Händen, dann an den Füßen. Gesicht maskenartig, hart, ebenso die Haut an Hals, Schultern und Brust, bretthart die in leichter Beugestellung gehaltenen Ober- und Unterarme und Finger. Die Zunge kann nur wenig vorgestreckt werden, Schleimhaut des Gaumens zeigt beginnende Atrophie. Starke Verdünnung des Frenulums, Atrophie des Rachenhintergrundes, die bis an den Sinus pyriformis reicht. Röntgenbefund normal, keine Vergrößerung der Sella turcica.

Arzt und Fuhs: **Trichophytia superficialis capitis (Trichophyton violaceum).**

Fuhs: **Favus capitis.** 18jähr. Pat. mit charakteristisch ausgeprägten Skutulis am Kapillitium. Immunreaktionen sämtlich negativ.

Randak: 1. **Naevus anaemicus.**

2. **Tertiäre Lues mit skrofulodermartigen Veränderungen am Halse.** 21jähr., in der Entwicklung zurückgebliebener Pat. mit vollkommenem Defekt der äußeren Nase und der Lippen und mit mehrfacher Perforation des harten Gaumens. Knötchen oder miliare Ulzera weder in den eitrig belegten Granulationen der Randpartien, noch in der Umgebung. Am Halse beiderseits neben wenig druckempfindlichen, bis bohnengroßen Drüsen unregelmäßige Narbenzüge und lividrote, fistulöse Hautinfiltrate von skrofulodermartigem Aussehen mit aus epitheloiden und Riesenzellen bestehenden Knoten und negativem Bazillenbefund. Affektion besteht seit 5 Jahren. WR —. Liquor normal, Luetinprobe —.

Planner: 1. **Psoriasis mit ausschließlicher Lokalisation an Palmae und Plantae.**

2. **Superinfektion bei Keratitis parenchymatosa.**

Strassberg: 1. **Karzinom in Lupus vulgaris der Wange.**

2. **Karzinom.** Ausgedehntes Karzinom mit Verlust des linken Auges und Zerstörung der linken Nasenhälfte.

Sitzung vom 8. Februar 1923.

Vorsitzender: Fasal. Schriftführer: Planner.

Sachs: 1. **Papulo-nekrotische Tuberkulide.** Bei der 18jähr. anämischen Pat. am rechten Unterschenkel erbsengroße, kutane und subkutane Knötchen, von Erythem umsäumt, zum Teil von Schuppen bedeckt. Einzelne zeigen einen zentralen, wie mit Locheisen ausgeschlagenen Substanzverlust; außerdem zahlreiche Narben nach solchen. In der Wadengegend größere Plaques, livid verfärbt, derb, bis in die Subkutis reichend. Beiderseitige Apizitis. Dauer $^1/_2$ Jahr.

Digitized by Google

2. **Lues latens in Kombination mit Erythema induratum.** 27jähr. Pat. Seit $1^1/_2$ Jahren Akustikusaffektion, positive WR. Unter Hg salicyl. und Neosalvarsan sind die wallnußgroßen Knoten des Erythema induratum um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Unter Arsen und Lebertran konnte nie so beträchtliche Rückbildung erzielt werden.

KRÜGER: 1. **Ulcus dorsi pedis.** Pat. von OPPENHEIM im vorigen Jahre vorgestellt, jetzt bedeutende Verschlechterung. Am Fußrücken verschieden große, scharf begrenzte Substanzverluste, Basis glatt, Rand leicht unterminiert. Auffallend das Fehlen jeglicher Entzündungserscheinungen und die große Schmerzhaftigkeit. Überimpfungsversuche am Oberschenkel positiv. Auch das kulturelle Verhalten der Streptobazillen analog wie damals. Auf Röntgenbehandlung leichte Besserung.

2. **Dystrophia unguium.** Die Nägel der 37jähr. Pat. auf der rechten Hand beträchtlich gekürzt, so daß die Fingerkuppen vorragen. Links der Nagel am Daumen $^2/_3$ cm, beim II., IV. und V. Finger bis über die Hälfte vom Nagelbett abgelöst. Am wenigsten verändert der Mittelfinger. Oberfläche der Nägel glatt, glänzend, die Ablösungslinie distal konvex, zeigt keinerlei Entzündungserscheinungen. Fußnägel verbildet, glanzlos, mit Bildung von Keratoma subunguale.

3. **Cheiropompholyx mit vermehrtem Blutzucker.** Handflächen und Fußsohlen gerötet, trocken, von hanfkorngroßen Bläschen mit gelblichem Inhalt durchsetzt. Im Bereiche der Extremitäten, mehr auf Unterarme und Unterschenkel verteilt, bis hellerstückgroße hellrote bis braungelbe Effloreszenzen. Manche erweisen sich als Bläschen, manche schuppen. Diese erinnern an Erythema multiforme. Blutzuckeruntersuchung ergibt auffallende Vermehrung. In 100 ccm Serum 12 mg Harnsäure. Urin normal.

SPITZER: 1. **Tuberkulöses Geschwür an der Zungenspitze** bei einem Mann mit Lungenspitzenkatarrh.

2. **Lupöses Geschwür an der Wange** bei einem Mädchen mit Maculae corneae und Skrofuloderm.

3. **Erythema induratum** ohne sonstigen spezifischen Prozeß.

4. **Striae atrophicae,** längsgerichtet in der Genitokruralgegend.

5. **Papulae syphiliticae** im Bereiche eines Tierfellnävus der Gesäßgegend persistierend nach abgelaufenem universellen makulösen Exanthem.

6. **Fall zur Diagnose.** In der Temporalgegend, auf Augenlid und behaarte Kopfhaut übergehend, erbsen- bis nußgroße, halbkugelige Tumoren, mäßig derb, hell- bis lividrot. Keine vergrößerten Drüsen. Blutbild normal. Dauer 1 Jahr, keine Beschwerden. Histologisch kein Anhaltspunkt für maligne oder leukämische Neubildung.

NOBL: **Purpura haemorrhagica kombiniert mit serpiginösem Spätsyphilid.** 75jähr. Mann, bei welchem gruppierte Tubercula cutanea an Stamm und Extremitäten, mit Petechien und Ekchymosen alternieren. Luetische Infektion vor 13 Jahren. WR +. Hochgradige Aortitis sowie Stauungszustände der Leber.

URBACH: **Livedo racemosa.** Auf der Haut des Pat. Narben nach tuberoserpiginöser Syphilis. WR —. Histologisch: Starke Füllung des kutanen Venennetzes und reichlich Endophlebitiden der subkutanen Venen. Als Nebenbefund eine schwarze Haarzunge, die auf interne Behandlung mit Jodkali geschwunden ist.

OPPENHEIM hat experimentell schwarze Haarzunge mit Tinctura Ratanhiae erzeugt. Schwarze Haarzunge wird auch bedingt durch rot gefärbte Marmeladen. Die Jodkaliwirkung beruht auf dessen hornlösender Eigenschaft.

URBACH: **Tuberculosis verrucosa bei verschiedenen Immunitätsphasen des tuberkulösen menschlichen Organismus.** 1. Fall: Pathologischer Anatom mit einer Tbc. am rechten Thenar. Infektion 1922. Röntgenaufnahme der Lunge damals normal. Seit einigen Wochen Phthisis pulmonum. Es handelt sich also um Tbc. verrucosa bei einem wenig geschützten Individuum, d. h. Pat. hatte zur Zeit der Infektion mit Tbc. verr., da lungengesund, nur wenig Antikörper. Die Tbc. verr. erzeugte nur eine lokale Immunität, daher Superinfektion mit Lungentuberkulose leicht erklärbar. 2. Fall: 63jähr. Mann hatte vor $1^1/_4$ Jahren eine kleine Wunde an der linken Vola manus. Aussaugen derselben mit dem Munde. Damals hüstelte der Mann bereits. Nach einiger Zeit in der Vola eine Tbc. verr. Heute außerdem Phthisis pulmonum; ein Phthisiker, mit einer relativen Immunität gegen Tuberkulose, erzeugt durch Einbringung massenhafter Bazillen bei sich selber Auto- resp. Superinfektion. Trotz der relativen Immunität schreitet der Lungenprozeß vorwärts. 3. Fall: Einem 34jähr. Manne wird wegen Erfrierung 1918 die linke große Zehe enukleiert. Kurze Zeit darauf in der Narbe Tbc. verr., die auf den Unterschenkel wahrscheinlich lymphogen fortschreitet, aber heute abgeheilt

Digitized by Google

ist. 1921 Ulcus tbc. an der Oberlippe, verheilt sehr rasch bei spezifischer Behandlung. Vor 2 Monaten Spondylitis tbc. Nach fünfwöchiger Gipsbettbehandlung bedeutende Besserung. Pat. hat nie gehustet, fiebert nicht. Dämpfung über beiden Lungenspitzen, links tympanitischamphorisches Atmen, keine Raschelgeräusche. Röntenuntersuchung: streifige Zeichnung in den Oberlappen (fibröser Prozeß). Mantoux (1 Teilstrich 1:10000 AT): außerordentlich starke Reaktion, die fast zur Nekrose der Haut an der Injektionsstelle führt. Es handelt sich um ein tuberkulöses Individuum mit außerordentlich starker allergischer Reaktion, das seiner tuberkulösen Infektionen schnell Herr wird, aber trotz dieser allergischen Reaktion eine Tbc. verrucosa cutis bekommt, die im Gegensatz zur sonstigen Heilungstendenz fortschreitet.

KUMER: 1. **Pemphigus vulgaris.** 2 Fälle.

2. **Lupus vulgaris der behaarten Kopfhaut.** 43jähr. Mann, drei kronengroße, typische Herde. Außerdem Lupus vulgaris in der Schultergegend.

RANDAK: **4 Fälle von Lichen planus.**

ARZT: 1. **Lichen microsporicus.** Das 6jähr. Mädchen und noch zwei Geschwister an Mikrosporie erkrankt, am Körper ein follikuläres Exanthem, jetzt reichlich schuppend, Moro schwach positiv.

2. **Nagelfavus.** 18jähr. Mann, seit 12 Jahren Favus capillitii. Am linken Zeigefinger der Nagel abgehoben, darunter Hornmassen, im Präparat Favuspilze.

3. **Carcinoma frontis.** Fast zweihandtellergroßes Geschwür, den linken Bulbus zerstörend und auf die Nase sich fortsetzend. Im Geschwür große Epithelinseln. Randpartien flach, an einzelnen Stellen eleviert. Unter drei Probeexzisionen ein nicht verhornendes Plattenepithelkarzinom.

4. **Maligner, melanotischer, nävogener Tumor der Mundschleimhaut.** 43jähr. Lehrer aus Dalmatien, vor 5 Monaten schwarze Verfärbungen an der Wangenschleimhaut. Seither rapide Größenzunahme und Auftreten von Tumoren am Halse. Histologische Exzision einer pigmentierten Partie der Lippenschleimhaut: reichlich Pigmentzellen im Bindegewebe, dazwischen einzelne auf Nävuszellen verdächtige Elemente.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Kolorimetrische Bestimmung der positiven WASSERMANNschen Reaktion, von HUGO HECHT-Prag. (M. Kl., 1922, Nr. 42, S. 1348.) H. gibt folgendes, relativ einfaches Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Hemmungsgrades bei der positiven WR an. Von den gewaschenen Schafblutkörperchen nimmt man 0,5 ccm und fügt 9,5 ccm physiologische Kochsalzlösung hinzu (I), dann 0,5 ccm Schafblutkörperchen + 1 ccm destilliertes Wasser und schüttelt gut durch, bis die Blutkörperchen gelöst werden. Nach Zusatz von 8,5 ccm hat man eine 5%ige Hämoglobinlösung (II) entsprechend der vorher bereiteten 5%igen Schafblutmischung, wie man sie auch zur WR an dem betreffenden Tage benützt. Nun werden 6 Röhrchen aufgestellt, wie das beigefügte Schema zeigt. Der Zusatz der Schafblutemulsion (I) erfolgt gleichzeitig mit dem Nachfüllen des Hauptversuches. Auf diese Weise hat man eine verläßliche Skala, die gleichzeitig die Löslichkeit der Hammelblutkörperchen an dem betreffenden Tage in der physiologischen Kochsalzlösung + Antigen + Komplement kontrolliert. Die Mengenverhältnisse müssen natürlich denen des Hauptversuches entsprechen. Dieser Gradmesser wird bei jedem Versuche neu aufgestellt und erfordert infolge seiner Einfachheit höchstens 2 Minuten Arbeitszeit. M. Stern-München.

Zur Frage der Konservierung präzipitierender Antisera, von H. BEGER-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 210—213.) Verf. empfiehlt zur Konservierung von präzipitierenden Antiseren, das möglichst keimarm gewonnene Serum mit Kupferblech (1 qcm auf 1 ccm Serum) zu beschicken und dieses darin 10—14 Tage zu belassen. Von der Verwendung von Yatren wird abgeraten, da eine erhebliche Abnahme des Titers eintritt. F. Harry-Wiesbaden.

Reaktionsdifferenzen verschiedener WASSERMANN-Extrakte und ihre wahrscheinliche Ursache, von JOH. SCHUBERT-Prag. (Kl. W., 1922, Nr. 51, S. 2527.) Erscheint vollständig im „Arch. f. Derm.". Luesleberextrakt und Cholesterinextrakt

Digitized by Google

zeigen am deutlichsten die Reaktionsdifferenzen zwischen den verschiedenen Untersuchungen gleicher Sera. Verf. glaubt die Ursache darin gefunden zu haben, daß der Luesleberextrakt auf das eigentliche Luesreagin, das seiner Ansicht nach nicht zu den Lipoiden gehört, sehr empfindlich eingestellt ist, während die anderen Extrakte weniger empfindlich sind oder wie der Cholesterinextrakt eine Komplexreaktion mit dem Luesreagin und mit anderen Serumstoffen, Lipoiden und Seifen, geben. Vielleicht kann auch die größere Empfindlichkeit der SGR gegenüber der WR in der Latenzperiode hierauf zurückgeführt werden. E. Langer-Berlin.

Lyophile und lyophobe Eiweißkörper als Antigen und Antikörper, von W. G. Ruppel-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 2, S. 40—43.) Verf. hat die Serumeiweißkörper auf elektroosmotischem Wege in Euglobuline (lyophob) und in Albumine und Pseudoglobuline (lyophil) fraktioniert und die Eigenschaften der einzelnen Fraktionen untersucht. Euglobulin besitzt die deutlichste Antigenwirkung, Pseudoglobulin eine weit schwächere. Albumin dagegen vermag keinen anaphylaktischen Chok bei sensibilisierten Tieren auszuüben. Es erzeugt auch kein präzipitierendes Serum im Gegensatz zu Euglobulin und Pseudoglobulin. Dasselbe ist auch bei agglutinierenden, komplementbindenden und bakteriotropen Seren der Fall. Die Fähigkeit zu agglutinieren und Komplement zu binden besitzen hauptsächlich Euglobuline, Bakteriotropine finden sich lediglich in der Pseudoglobulinfraktion. Die Schutz- und Heilwirkung antiinfektiöser und antitoxischer Sera ist hauptsächlich an das Pseudoglobulin gebunden. Auf Grund dieser Befunde wurde an Stelle des bisher gebräuchlichen Diphtherieserums ein elektroosmotisch gereinigtes Präparat in Form des rein antitoxisch wirkenden Pseudoglobulins hergestellt, das sich auch in der Praxis bewährt hat. Die Fraktionierung von Toxinen ergab, daß den Euglobulinen fast ausschließlich die Fähigkeit zukommt, Antitoxine zu binden und zu erzeugen. Ferner gelang es, aus Bakterien Euglobuline zu isolieren, mit ihnen aktive Immunität zu erzeugen und heilkräftige Sera herzustellen.
F. Harry-Wiesbaden.

Zum Wesen der Wassermannschen Reaktion, von W. Bruck-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1185.) Aus Beobachtungen zieht Bruck den Schluß, daß im Serum von Nichtsyphilitikern ein Körper anzunehmen ist, der bei der WR trotz günstigster kolloidchemischer Verhältnisse eine Komplementbindung und bei der SGR eine Flockungsbereitschaft verhindert, oder sogar eine eingeleitete Flockung rückgängig machen kann. Der Vorgang der WR läßt sich daher durch die ausschließliche kolloidchemische Betrachtungsweise noch weniger zur Genüge erklären wie durch die Auffassung einer Antigen-Antikörperreaktion. A. v. Notthafft-München.

Beobachtungen bei der Wassermannschen Reaktion, von R. Strempel-Bonn. (Kl. W., 1923, Nr. 11, S. 499.) Sera alter Luetiker (Lues III, Tabes, Paralyse) ergeben in der WR oft mit cholesterinierten Rinderherzextrakten einen feineren Ausschlag als mit Luesleberextrakten, während es bei der Frühsyphilis vielfach gerade umgekehrt ist. Dann empfiehlt Verf. beide Extraktarten im Versuch nebeneinander anzusetzen. Während der reine Serologe nur mit staatlich geprüften Ambozeptoren arbeiten soll, kann der klinische Serologe auf Grund seines Vergleichsmaterials selbst Ambozeptoren austitrieren, deren Titer oft höher ist als der der staatlich geprüften Ambozeptoren. Zusammenarbeit von Klinik und Laboratorium ist unbedingt notwendig, wenn man exakte Resultate erhalten will. E. Langer-Berlin.

1. Die Vorteile hoch ausgewerteter Wassermann-Reaktion für die Praxis. 2. Die Tagesschwankungen der Wassermann-Reaktion und der unmittelbare Einfluß des Salvarsans auf die Wassermann-Reaktion, von B. Spiethoff. (M. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1453.) „Die nach oben und unten ausgewertete dreimalig abgelesene WR gibt für den Gang der Therapie wichtige Aufschlüsse. Das Mißlingen mancher Abortivkur im Primärstadium läßt sich vermeiden, wenn bei der Kurdurchführung die ausgewertete WR verfolgt wird. Das gilt grundsätzlich wenigstens auch für jede Abortivkur im weiteren Verlauf der Infektion. Die unausgewertete dreimal abgelesene WR gibt feinere Ausschläge als SGR; dasselbe gilt auch für den Vergleich der ausgewerteten WR und SGR, ohne daß dadurch der Grad der Spezifität leidet. SGR ist am Platze, wenn das Serum bei der Original- oder erst bei höheren Dosen der WR eigenhemmende Eigenschaften hat. Ein Teil der unbehandelten Fälle behält ziemlich konstant eine gewisse Zeit lang die gleiche WR-Stärke; andere schwanken. Die größten Tagesschwankungen kommen bei sehr hohen WR-Werten vor. Diese Tagesschwankungen müssen in der Praxis berücksichtigt werden; sie beweisen, daß ein Anschwellen der Werte während der Kur innerhalb gewisser Grenzen nicht notwendig

Digitized by Google

auf Exazerbationen im Infektionszustand zu beziehen ist. Trotz der Tagesschwankungen wird der Nutzen hoch ausgewerteter WR nicht beeinträchtigt. Das Salvarsan beeinflußt am Tage der Injektion bei positiver WR den Grad ihrer Stärke nicht."

A. v. Notthafft-München.

Vergleichende Untersuchungen über die Methoden der serologischen Luesdiagnostik, von H. Ruge-Kiel-Wik. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 127—139.) Die vergleichende Untersuchung sämtlicher serologischer Methoden der Luesdiagnostik an 50000 Seren ergab, daß die WR mit austitriertem Komplement empfindlicher als die WR ist. Die Sternsche Modifikation ist in 22% empfindlicher als die WR, zeigt jedoch häufig unspezifische Resultate. Die Kaupsche Reaktion steht, was Empfindlichkeit anbetrifft, in der Mitte zwischen WR und Sternscher Modifikation. Sie ist besonders zur Mengenbestimmung luischer Reagine brauchbar. Die SGR und DMR gibt fast die gleichen Resultate wie die WR. Die DMR ist schwerer ablesbar als die SGR, dafür aber empfindlicher. In frischen Fällen zeigt die Sternsche Modifikation, manchmal auch die DMR, das Bestehen der Lues früher an als die anderen Reaktionen.

F. Harry-Wiesbaden.

Blaseninhaltsstoffe bei angeborener Syphilis, von E. Thomas, W. Arnold und K. Klein, Kinderkl. und Hyg. Inst. Köln. (M. m. W., 1922. Nr. 32, S. 1178.) Bei 6 Fällen verhielten sich WR und DMR im Blutserum und Blaseninhalt ziemlich gleich. Nur einmal war der Befund im Blutserum negativ, im Blutinhalt positiv.

A. v. Notthafft-München.

Relativer Wert der Sachs-Georgi- und Wassermannschen Reaktionen bei der Syphilisdiagnose. Eine Analyse von 1748 Parallelproben (Relative Value of Sachs-Georgi and Wassermann Reactions in Diagnosis of Syphilis. An Analysis of One Thousand Seven Hundred and Fortyeight Parallel Tests), von Ch. F. Craig und C. Williams-Washington. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 19, S. 1597—1601.) Die Unstimmigkeiten zwischen den Ergebnissen der WR und der SGR haben die Verff. veranlaßt, an 1748 Fällen unabhängig voneinander die genannten Reaktionen anzustellen. Die Untersuchung geschah so, daß der eine nur die WR ausführte, der andere nach der Sachs-Georgi-Methode arbeitete. 748 Proben wurden mit Antigen angestellt, das mit 5 Teilen physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und dem Serum innerhalb von 15 Minuten zugesetzt wurde (Gruppe I). Im Verlauf der Untersuchung ergab sich, daß die Proben, bei welchen das Antigen 2 Stunden vor Gebrauch mit der physiologischen Kochsalzlösung verdünnt war, einen höheren Prozentsatz positiver SGR ergab. Infolgedessen erfolgte die Untersuchung der weiteren 1000 Blutproben nach dieser Methode (Gruppe II). Als Gesamtergebnis zeigte sich, daß von 1748 Blutseren eine Übereinstimmung von 85,5% bei beiden Reaktionen bestand. Ferner ergab sich, daß 33,3% positiver WR ein negatives Resultat bei der Sachs-Georgi-Methode ergaben, obwohl es sich um sicher syphilitische Individuen handelte. 26,5% positive SGR wurden dagegen nicht durch die WR noch durch klinische Befunde erhärtet. Daraus schließen die Verff., daß die SGR nicht allein als diagnostitsche Methode der Syphilis gebraucht werden sollte, und zwar besonders wegen der Schwierigkeit, die schwachen SGR abzulesen und sie zu differenzieren von den Fällen, bei welchen Fällungen aus anderen Gründen zustande kommen.

F. Quasig-Hamburg.

Die Bedeutung der Auswertung nach oben und unten bei den Reaktionen nach Wassermann und Sachs-Georgi, von G. Sparmann-Jena. (D. m. W., 1923, Nr. 10, S. 311—312.) Die Auswertung der WR nach unten, d. h. mit Serummengen von 0,07, 0,04, 0,01, 0,007, 0,004, 0,0001 usw. ergibt häufig noch positive Resultate, wenn die WR mit der üblichen Serummenge fraglich oder negativ ist. Die Reaktionsbreite der WR bei Auswertung nach oben ist größer, was von Bedeutung ist für die Diagnose der seronegativen Lues, ferner für die Beobachtung des Verschwindens der WR während der Kur und für das rechtzeitige Erkennen des Herannahens eines Sero-rezidivs. Die Auswertung der SGR nach oben ist wertvoll, wenn Sera bei der WR Selbsthemmung zeigen.

F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der einzeitigen Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion nach Stern und der Trübungs-Flockungsreaktion nach Dold, von M. Schneider-Zittau. (D. m. W., 1923, Nr. 7, S. 209—210.) Eine Überlegenheit der einzeitigen Methode gegenüber der SGR und DM konnte nicht festgestellt werden. Die DR hat sich nur als Flockungsreaktion, dagegen nicht als Trübungsreaktion bewährt.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Die Brauchbarkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion und der vereinfachten Doldschen Trübungsreaktion für den Internisten, von A. Holländer-Düsseldorf. (Kl. W., 1923, Nr. 7, S. 302.) Auf Grund eines großen Materials von Vergleichsuntersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die SGR und DR eine wertvolle Ergänzung der bisherigen serologischen Untersuchungsmethoden sind. Bei klinisch einwandfreien Fällen hält er ihre alleinige Anstellung für genügend, in zweifelhaften Fällen muß die WR angestellt werden, und die beiden obigen Reaktionen sind hier nur als Kontroll- und Unterstützungsreaktionen zu erachten. E. Langer-Berlin.

Neue Methoden der Serodiagnostik der Syphilis, von Skwirski. (Wratschebnaja Gaseta, 1922, Nr. 7, 8 und 9.) Verf. sieht die neuesten serologischen Reaktionen von Meinicke, Sachs-Georgi und Dold als selbständige und selbstwertige Untersuchungsmethoden des syphilitischen Blutserums an. Trotzdem in einem großen Prozentsatz diese Reaktionen mit der Wassermannschen übereinstimmen, woraus auf identische Veränderungen des syphilitischen Blutserums als Grundlage für beide Methoden geschlossen werden könnte, ist ein derartiger Schluß nicht ohne weiteres möglich. Den verstärkten Einfluß, welchen das Schütteln, Zentrifugieren, das Kaolin auf die Reaktion haben, kann man nicht auf gleiche Stufe mit den immun-biologischen Prozessen stellen, welche die Grundlage des spezifischen Ausfalls bei den syphilitischen Blutserum bilden. Die dritte Modifikation von Meinicke muß als die zweckentsprechendste und praktisch bequemste Reaktion angesehen werden. A. Jordan-Moskau.

Beitrag zur Theorie und Praxis der Ausflockungsreaktion von Sachs und Georgi, von W. Gaethgens und G. Salvioli, Hyg. Inst. Hamburg. (M. Kl., 1922, Nr. 6, S. 179—182.) Die WR und SGR sind als im Prinzip wesensgleiche Fällungserscheinungen anzusehen, welche auf bestimmte Globulinveränderungen infolge der Einwirkung der Extraktlipoide zurückzuführen sind. Es können sowohl die nach Wassermann positiven als auch negativen Sera im Verein mit Sachs-Georgi-Extrakt durch halbstündiges Schütteln oder 24stündige Kälteeinwirkung ausgeflockt werden. Derartig ausgeflockte Sera vermögen aber nach Zusatz eines hämolytischen Systems nur dann das Komplement unwirksam zu machen, wenn die Original-WR und SGR oder eine dieser beiden Reaktionen positiv sind. Im Gegensatz dazu führen die durch Schütteln oder Kälte erzeugten unspezifischen Flocken nicht zu einer Komplementbindung. Die spezifische Ausfällung ist von der unspezifischen streng zu trennen. Es bestätigt sich die Beobachtung von E. Jakobs, daß bei der Kombination der SGR mit der WR nur spezifische Ausflockungen eine Hemmung der Hämolyse ergeben, während unspezifische Ausfällungen negativ reagieren. Da letztere vornehmlich nach kürzerer Einwirkung der Bruttemperatur, z. B. nach 4 Stunden auftreten, empfiehlt es sich nicht, die zu dieser Zeit festgestellten Ausflockungen diagnostisch zu verwerten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vergleichende Untersuchungen über die Serodiagnostik der Lues mittels der v. Wassermannschen, Sachs-Georgischen und der Dritten Modifikation der Meinickeschen Reaktion, von H. Bering, Hyg. Inst. Jena. (M Kl., 1922, Nr. 32, S. 1029—1031.) Als Ersatz der WR können die Flockungsreaktionen noch nicht dienen. Wenn auch die Übereinstimmung an verschiedenen Untersuchungstagen oft eine den Durchschnitt überragende ist, so erfassen sie doch nicht alle wassermannpositiven Sera. Zur Ergänzung der WR sind sie jedoch sehr zu empfehlen. Welcher von beiden Flockungsreaktionen der Vorzug zu geben ist, läßt sich schwer entscheiden. Empfindlicher ist die SGR, mit der WR besser übereinstimmend ist die DM, desgleichen ist sie technisch einfacher und stabiler. G. Heymann-Elbing.

Über die Meinickesche Trübungsreaktion (MTR) bei Lues, von H. Bering-Jena. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 213—221.) Das positive Frühergebnis der MTR ist für Lues in einem höheren Grade spezifisch als das der WR. Das nach 24 Stunden gewonnene Resultat darf nur mit Vorsicht verwertet werden. In behandelten und Frühluesfällen ist die MTR häufiger als alle anderen Reaktionen positiv. F. Harry-Wiesbaden.

Meinickes Trübungsreaktion auf Syphilis (MTR) mit cholesterinfreien Balsamextrakten, von E. Meinicke und E. Grün-Hagen. 2. Mitteilung. (D. m. W., 1923, Nr. 2, S. 43—45.) Es hat sich im Laufe weiterer Versuche herausgestellt, daß der Zusatz von Cholesterin zu Extrakten überflüssig ist, ferner daß es zweckmäßig ist, die Trübungsreaktion mit einem konzentrierten und einem dünnen Balsamextrakt anzustellen. Die Technik der Methode brauchte nicht geändert zu werden. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über die Brauchbarkeit der Meinickeschen Trübungsreaktion für die Serodiagnose der Syphilis, von Yuenkwei Huang, Hyg. Inst. Greifswald. (M. m. W., 1923, Nr. 12, S. 356.) Eine zuverlässige Frühreaktion auf Syphilis ist technisch wohl möglich. Die Meinickesche Trübungsreaktion ist hierzu noch nicht vollständig geeignet.
A. v. Notthafft-München.

Über die Brauchbarkeit der Meinickeschen Trübungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis (Bemerkungen zu der Arbeit von Yuenkwei Huang in M. m. W., Nr. 12), von E. Meinicke. (M. m. W., 1923, Nr. 15, S. 471.) Yuenkwei Huang hat noch mit der alten Meinicke-Methode gearbeitet. Die Trübungsreaktion hat vor der Flockungsreaktion den Vorteil der leichteren Ablesbarkeit.
A. v. Notthafft-München.

Eine Methode zur Ausflockung der Wassermann-Extrakte durch luetische Sera. (Die Bedingungen der optimalen Wirksamkeit der Wassermann-Extrakte bei der Wassermann-Reaktion), von Joseph Hohn-Essen. (M. m. W., 1922, Nr. 51, S. 1750.) Die Wassermann-Extrakte lassen sich einteilen in labile und stabile Extrakte. Bei beiden ist das Stadium der Lupenflockung das optimale für die Ausflockung. In diesem Stadium eignen sie sich ebenso zur Ausflockung wie der DM und Sachs-Georgi-Extrakt. Mit Wassermann-Extrakt läßt sich im Stadium der Lupenflockung die Ausflockung mit derselben Mischung bewirken, wie sie zur WR gebraucht wird; zu verwenden ist 0,4 ccm Serum + 0,25 Extraktgemisch. Der fundamentale Unterschied zwischen WR und Ausflockung besteht darin, daß die WR mit Serum und Extrakteinheit arbeitet (1 SE + 1 ExE); die Ausflockung hat Serumüberschuß nötig (8 SE + 1 ExE). Die DM-, SG-, MTR-Extrakte lassen sich auch nach der Formel 0,4 S + 0,25 Extr. flocken; sie geben besonders in Fällen latenter Lues dabei schärfere Resultate als bei der Originalmethode. Wesentlich für die Extraktfrage ist die spezifische Schwebefähigkeit der Kolloide. Die Flockung bei der Reaktion stellt die Phänomenisierung der Lipoidbindung dar, ähnlich wie bei dem Parallelvorgang der Agglutination die Bakterienflockung den Ausdruck des Bindungsprozesses bedeutet. Beide Flockungsprozesse sind als die unspezifische Phase der Reaktion anzusehen. Das Stadium der Lupenflockung der Wassermann-Extrakte ist auch bei der WR das optimale. Bei Anwendung desselben erhöht sich mit labilen Extrakten die Zahl der positiven Fälle um 12,6%.
A. v. Notthafft-München.

Eine Methode zur Ausflockung der Wassermann-Extrakte durch luische Sera (Bemerkungen zu der Arbeit von Hohn in M. m. W., 1922, Nr. 51), von Ernst Meinicke. (M. m. W., 1923, Nr. 5, S. 150.) M. verdünnt neuestens die DM-Extrakte stark und stellt die verdünnten Extrakte mit Balsam ein. Das Arbeiten mit diesen verdünnten Extrakten ermöglicht es, schon nach einer Stunde so scharfe Resultate zu erhalten, wie Hohn sie mit konzentrierten in 24—48 Stunden erzielt.
A. v. Notthafft-München.

Über Organextrakte und ihre wirksamen Bestandteile für die Serodiagnose der Syphilis, von Epstein und Paul-Wien. (D. m. W., 1922, Nr. 49, S. 1648—1649.) Die Behauptungen von Weisbach und Klostermann (1922, Nr. 34), daß den Lezithalbuminen beim Zustandekommen der serologischen Syphilisreaktionen eine wesentliche Rolle zukomme, ferner daß ein Antagonismus zwischen Lezithin und Cholesterin in der Wirkung auf den Mechanismus bestünde, daß die Lezithinwirkung als Schutzkolloid des Lezithalbumins und Serumglobulins durch Zugabe von Cholesterin durchbrochen werden müsse, werden, soweit die Meinickesche Reaktion in Betracht kommt, widerlegt. Der alkoholische Pferdeherzextrakt nach Meinicke enthält vorwiegend Lezithin und daneben etwas Kephalin, dagegen kein Cholesterin. Er enthält nicht die geringste Spur eines komplexen Eiweißkörpers oder höherer Eiweißabbaustufen. Es ist somit ausgeschlossen, daß Lezithalbumine in Extrakten nach Meinicke vorkommen, daß die Flockung durch Vereinigung von Lezithalbumin mit Globulin des Serums zustandekommt, daß dieser Flockungsvorgang durch Cholesterin gefördert und durch Lezithin abgeschwächt wird. Die Flocken bestehen hauptsächlich aus Phosphatiden.
F. Harry-Wiesbaden.

Über eine einfache Kontrolle für die Meinickesche Trübungsreaktion (MTR) durch Formolzusatz, von E. Kreining und A. Wester-Ebbinghaus-Marburg. (D. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1552—1553.) Man setzt dem Kontrollröhrchen 2 Tropfen einer Formalinverdünnung 1:5 zu, stellt es $^1/_2$ Stunde in den Brutschrank und gibt dann die Extraktverdünnung hinzu. Auf diese Weise wird der Anfangstrübungsgrad in der Kontrolle vor Eintritt irgend einer Reaktion genau festgehalten.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Beiträge zu Meinickes Trübungsreaktion (MTR), von Hans Munter-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krkh., 1922, Bd. 97, H. 1/2, S. 182.) Der Vorteil der MTR liegt in ihrer Ersparnis an Material und Zeit, demgegenüber ist sie aber unzuverlässiger als die „dritte Meinicke-Reaktion" (DMR) und die WR, und daher praktisch noch nicht genügend gesichert und brauchbar. Die Fehler könnten in der stärkeren Serumkonzentration oder in dem Zusatz von Balsam zu einem Cholesterinextrakt liegen. Es muß weiter gesucht werden, wo die Fehlerquelle liegt, da aus den obigen Gründen die Reaktion zur serologischen Luesdiagnose gut heranzuziehen wäre.

E. Langer-Berlin.

Untersuchungen über den praktischen Wert der Meinickeschen Trübungsreaktion und der übrigen serodiagnostischen Methoden im tropischen Lande, von H. Heinemann-Petoembockan. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1922, Bd. 26, S. 369—379.) Verf. empfiehlt im tropischen Lande als erste Methode die gleichzeitige Untersuchung mit Wassermann und Flockungsreaktionen (DM und SG). Serologische Untersuchung des Blutes in tropischen Ländern wohnender Europäer hat den gleichen Wert, den wir ihr in Europa beimessen; Malariafehler muß berücksichtigt werden. Aber auch beim gebildeten Inländer kann die serologische Untersuchung von großem Nutzen für die Diagnosenstellung sein. Bei der großen Masse der ungebildeten Inländer aber kann die serologische Untersuchung erst dann für die Diagnose im Einzelfall von Bedeutung sein, wenn man die Klinik dieser Erkrankungen und die Einwirkung der klinischen Erscheinungen auf das Serumverhalten studiert hat. Aber selbst nach Erfüllung dieser Bedingungen muß das Resultat der Blutuntersuchung mit größter Vorsicht und nur im Rahmen des klinischen Gesamtbildes bewertet werden.

G. Aßmann-Barmen.

Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion zur Syphilisdiagnose, von K. Klein, Hyg. Inst. Köln. (D. m. W., 1923, Nr. 8, S. 252—253.) Die Untersuchungen wurden an 1549 Seren vorgenommen. In 85% besteht Übereinstimmung zwischen WR, DM und MTR. Die Reaktionsbreite der MTR ist größer als die der WR und DM. Das Ergebnis nach 1 und 4 Stunden kann nur als vorläufig bezeichnet werden. Die Trübung tritt manchmal erst nach 24 Stunden auf — oder anfangs getrübte Seren können sich später wieder aufhellen. Die MTR kann nur als Ergänzungsrektion der WR empfohlen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der Doldschen Trübungsreaktion, von Hedwig Ziskoven. (M. Kl., 1922, Nr. 42, S. 1349—1350.) Die Dold-Reaktion bietet bei gleicher Empfindlichkeit und Spezifität wie die SGR den großen Vorteil, daß sie nach 4 Stunden abzulesen ist. Die WR kann durch die DR nicht ohne weiteres ersetzt werden, da es einzelne Fälle gibt, die, obgleich die WR keineswegs als die empfindlichere Reaktion bezeichnet werden kann, aus bisher unbekannten Gründen nur mit ihr ein positives Resultat geben. Wer also möglichst viel positive Resultate erzielen will, wird beide Reaktionen ansetzen müssen. Steht die Sachlage so, daß in einem Laboratorium oder kleinen Krankenhause nur eine Reaktion ausgeführt werden kann, so muß man sehr daran denken, ob nicht die WR zugunsten der DR aufzugeben ist. Der Vorteil der Einfachheit und Billigkeit liegt auf der Hand, ein nicht zu verschweigender Nachteil der Reaktion liegt in der großen Extraktmenge, die sie erfordert, ein Nachteil, der vielleicht durch Verbesserungen (nach Meinicke) noch zu beheben ist. Von den weiteren Erfahrungen bezüglich der Spezifität der Reaktion hängt es nun ab, ob die obige Frage in bejahendem Sinne entschieden werden kann. M. Stern-München.

Vergleichende Untersuchungen über die Brauchbarkeit einiger „Trübungsreaktionen" (Dold, Meinicke) für die Syphiliserkennung, von H. Förtig-Würzburg. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 184—185.) Die Trübungs- und Flockungsreaktion nach Dold ergibt verhältnismäßig viele unspezifische Reaktionen. Dagegen ist die neue Balsamreaktion nach Meinicke gut brauchbar, oft sogar der SGR überlegen. Als Flokkungsreaktion ist sie zu scharf eingestellt. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Beziehung der sogenannten Dold-Reaktion zur sogenannten Sachs-Georgi-Reaktion (Erwiderung auf die Arbeit von H. Sachs und F. Georgi in M. Kl., 1922, Nr. 47 und D. m. W., 1922, Nr. 27), von H. Dold-Marburg. (M. Kl., 1922, Nr. 45.) Die verschiedenen Luesreaktionen, bei welchen Serum und Organextrakte zusammenwirken, beruhen auf einem gemeinsamen Reaktionsvorgang (Präzipitation) und unterscheiden sich wesentlich nur dadurch voneinander, daß sie diesen gemeinsamen Reaktionsvorgang in verschiedener Weise zum sichtbaren Ausdruck bringen. D. faßt nun die Unterscheidung seiner Modifikation von der SGR folgendermaßen zusammen.

Digitized by Google

1. Die in fast allen Einzelheiten abgeänderte Technik, was 2. durch eine neue Zielsetzung: Sichtbarmachung des Präzipitationsvorganges in seinem ganzen Verlauf (Kurvenreaktion) bedingt war. 3. Einführung einer anderen Ablesungszeit nach einem anderen Ablesungsprinzip: makroskopische Frühablesung nach 4 Stunden als Trübungsreaktion und 4. Nachweis, daß Formaldehyd die Reaktionsfähigkeit luetischer Sera aufhebt und die dadurch ermöglichte Einführung der kombinierten Formol-Serum-Extrakt-Kontrolle. Die DR könne also keineswegs „nur eine geringfügige Änderung der für die SGR geltenden quantitativen Bedingungen", wie H. Sachs und F. Georgi meinen, genannt werden. Vor der Veröffentlichung seiner frühzeitig makroskopisch ablesbaren Trübungsreaktion war, wie D. schließlich hervorhebt, von einer Frühablesung der SGR, sei es als Trübung sei es als Flockung, nichts bekannt.

M. Stern-München.

Über die von Dold vorgeschlagene Modifikation der Sachs-Georgi-Reaktion (Trübungs-Flockungsreaktion), von F. v. Gutfeld und S. Prag. (M. Kl., 1922, Nr. 43, S. 1379—1380.) Einen Ersatz für die WR bildet die Doldsche Modifikation ebensowenig wie die anderen Ausflockungsreaktionen, allein schon deshalb, weil die WR für die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit sämtlichen Flockungsreaktionen noch immer überlegen ist. Alle Flockungsreaktionen bilden eine wertvolle Ergänzung der WR. Die gleichzeitige Anstellung der WR und einer Flockungsreaktion stellt das Optimum an Sicherheit für die Serodiagnose der Lues dar.

M. Stern-München.

Über die Luesreaktion nach Dold (Trübungsflockungsreaktion mit Formolkontrolle), von K. H. Kiefer, Hyg. Inst. Bonn. (M. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1600.) Verf. erhielt bei Ablesung innerhalb 4 Stunden 92,1%, innerhalb 24 Stunden 94,5% Übereinstimmung zwischen WR und D II. Die DR zeigte, beurteilt nach den klinischen Angaben, selten unspezifische Reaktionen. Die Reaktionsbreite ist zum mindesten nicht geringer als die der WR. Nachteile: Großer Krankenserumverbrauch (0,8 ccm), Ausfall chylöser und hämolytischer Seren (2%), Notwendigkeit zweimaliger Ablesung. Vorteile: Einfacher und kürzer dauernd als WR. Einfachere Technik, besonders bezüglich der Ablesung, kürzere Zeitdauer und Möglichkeit, den Flockungsvorgang von Anfang bis Ende verfolgen zu können gegenüber den Flockungsreaktionen. Die DR ist als Vergleichsreaktion neben der WR durchaus brauchbar.

A. v. Notthafft-München.

Noch einmal zur Frage der sogenannten Dold-Reaktion, von H. Sachs und F. Georgi, Inst. f. exper. Krebsforsch. Heidelberg. — Schlußwort, von H. Dold-Marburg. (M. Kl., 1923, Nr. 12.) Polemik. E. Levin-Berlin.

Die Brucksche Flockungsreaktion zur Serodiagnose der Syphilis, von J. Zeissler-Altona. (D. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1510—1511.) Die Nachprüfung der Bruckschen Flockungsreaktion an 1000 Seren ergab in 93,4% Übereinstimmung mit der WR. Bei Primäraffekten kann die Flockungsreaktion zuweilen später als die WR positiv sein, ferner während der Behandlung früher oder später als die WR negativ werden. Andererseits kann sie bei Lues latens, Lues congenita und Tabes der WR überlegen sein. Wesentlich ist, daß die Flockungsreaktion kein falsches positives Resultat ergibt. Die Heranziehung der Bruckschen Flockungsreaktion zur Serodiagnose der Lues neben der WR wird die Technik der letzteren dadurch vereinfachen, daß die Zahl der angesetzten Extrakte herabgesetzt werden oder die Komplementbindung der Luesleberextrakte nur bei 37° und die der Normalherzextrakte nur noch in der Kälte statt wie bisher bei beiden Temperaturen vorgenommen werden kann.

F. Harry-Wiesbaden.

Über die Brucksche Zentrifugiermethode (BR) zur Serodiagnose der Syphilis, von W. Teichmann-Göttingen. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1612.) Die Untersuchung von 150 Seren ergab weitgehende Übereinstimmung mit der WR. Unspezifische Reaktionen wurden nicht beobachtet. Die Brauchbarkeit der Extraktnatriumsulfatmischung muß erst an wassermann-positivem und wassermann-negativem Serum geprüft werden. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der neuen Bruckschen Ausflockungsreaktion bei Syphilis, von O. Grütz-Kiel. (Kl. W., 1923, Nr. 13, S. 586.) Nachuntersuchung der BR an mehr als 2000 Fällen. Es ergab sich in 87,3% der Fälle eine Übereinstimmung mit WR und SGR. Ihre Hauptbedeutung liegt, da sie klinisch brauchbar geworden ist, in ihrer leichten Handhabung und der Beanspruchung nur minimaler Hilfsmittel gegenüber den mit großem Kostenaufwand verbundenen anderen Reaktionen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Wert der Kahnschen Syphilisprobe für die öffentliche Gesundheit. Ein vorläufiger Bericht von 5000 Untersuchungen (Public Health Value of the Kahn Test for Syphilis: a Preliminary Report Based on Five Thousand Examinations), von C. C. Joung-Lansing-Mich. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 20, S. 1674—1676.) Kurze Beschreibung der Vorzüge der Kahnschen Fällungsreaktion sowie der Vergleichsergebnisse zwischen der WR und der Kahnschen Probe. F. Quasig-Hamburg.

Die Kodamasche Syphilisreaktion, von E. Jacobitz und Engering-Beuthen. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 116—120.) Die Reaktion besteht darin, daß nach Überschichtung von 0,1 ccm inaktiviertem Serums eines Luetikers mit 0,5—1 ccm eines auf besondere Weise hergestellten Extraktes in kurzer Zeit ein weißer Ring an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten auftritt. In negativen Fällen unterbleibt die Ringbildung. Der Extrakt wird aus fein zerschnittenem Meerschweinchen-Herz oder -Leber gewonnen, und zwar extrahiert man zuerst mit Äther (1 : 20) 4—6 Tage und hinterher mit absol. Alkohol (1 : 5) etwa 3 Wochen lang. Die Nachprüfungen der Reaktion haben ergeben, daß sie in allen Fällen mit positiver WR und bei allen Erkrankungsfällen, in denen Syphilis auszuschließen war, niemals versagt. Unsicher ist dagegen das Resultat bei Seren, die eine zweifelhafte WR oder SGR zeigen.
F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zu den kolloidalen Farbreaktionen im Liquor cerebrospinalis, von Paul Kirchberg, Inst. f. exper. Ther. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1923, Nr. 12.) Bei der Berliner Blau-Reaktion auf Syphilis im Liquor ist die Fällung vom zweiten Glas ab maßgebend. Sie tritt um so rascher ein, je schwerer die Krankheitsform ist. Fällung nach Stunden hat keine Bedeutung. Die Quantität der Niederschläge wird in Nissl-schen Röhrchen gemessen; Fällungen über 0,3 ccm sind positiv, unter 0,2 ccm negativ. Die Indigoreaktion ist positiv, wenn nach 20 Minuten bis etwa 1 Stunde deutliche Fällung eintritt; der zahlenmäßige Niederschlag muß über 0,06 ccm betragen. Stark positive Reaktionen finden sich fast ausschließlich bei schweren syphilitischen Erkrankungen. E. Levin-Berlin.

Über die Kolloidlabilität der Serumeiweißkörper bei Lues mit besonderer Berücksichtigung der Daranyi-Reaktion, von Franz Krömeke, Bakteriol.-serolog. Inst. Dortmund. (M. Kl., 1923, Nr. 7.) Bei der Daránvi-Reaktion (0,2 ccm Serum mit 1,1 ccm verdünnten Alkohols gemischt, 20 Minuten bei 60° erhitzt) handelt es sich um eine unspezifische Quantitätsreaktion, die einen Maßstab für den Umfang der Toxinbildung bzw. des Zellzerfalls im Körper darstellt. Sie ist nur im Verein mit den spezifischen Luesreaktionen zu gebrauchen, alle anderen infektiösen oder toxischen Prozesse, die eine Labilität der Serumglobuline herbeiführen können, besonders aktive Tuberkulose, müssen vorher ausgeschlossen werden. Geringe Flockung tritt in einzelnen Fällen bei Gravidität auf, jedoch nicht wie bei Syphilis bereits nach 3, sondern erst nach 24 Stunden, ebenso zuweilen bei oberflächlichen Eiterungen (Blennorrhoe, Furunkulose, eitrige Bronchitis). Bei Normalen ist die Reaktion stets negativ, Verdauung und Menstruation haben keinen Einfluß auf ihren Ausfall. Bei frischer Primärlues wird sie mit dem Grade der Allgemeindurchseuchung allmählich stärker, bleibt jedoch hinter der WR durchschnittlich um eine Woche zurück; bei frischer Sekundärlues ist sie stets stark positiv (negativer Ausfall spricht unbedingt gegen Lues auch bei positiver WR). Mit dem Geringerwerden späterer Hautrezidive nimmt sie an Intensität ab, zeigt aber, solange äußere Erscheinungen vorhanden sind, immer wenigstens nach 3 Stunden deutliche Ausflockung. Bei älterer Lues III war die Flockung nur gering. Bei unkomplizierter seropositiver Lues latens und Lues congenita ohne äußere Erscheinungen, bei denen die WR trotz aller Bemühungen stets positiv geblieben war, fiel sie stets negativ aus (keine oder nur noch geringe Toxinbildung im Organismus.) Bei frischer Lues II wurde in der Regel schon durch eine Kur negativ werdende Reaktion erzielt. Im ganzen ergab sich, daß die Labilität der Serumglobuline im allgemeinen mit dem toxischen Gewebszerfall im Körper gleichen Schritt hält. E. Levin-Berlin.

Die Reaktion mit Kolloidbenzoë bei Dementia paralytica (La réaction du benjoin colloidal dans la paralysie générale), von R. Targowla. (Presse méd., 1922, Nr. 86, S. 931.) Die von französischen Autoren ausgearbeitete Reaktion mit Kolloidbenzoë gibt namentlich in der von Guillain, Laroche und Léchelle angegebenen Modifikation zur Beurteilung der Zerebrospinalflüssigkeit ausgezeichnet zuverlässige Anhaltspunkte. Man kann damit, nämlich im Verein gleichzeitig mit der klinischen Beobachtung, wichtige Aufschlüsse für die Beurteilung des Grades der Krankheit und für die Prognose gewinnen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Unsere Erfahrungen mit der Goldsolreaktion, von F. Blank und W. Restemeier-Dortmund. (D. m. W., 1923, Nr. 8, S. 250—252.) Die Goldsolreaktion versagte niemals bei Neurosyphilis. In unklaren Fällen erwies sie sich bei Versagen der WR als wertvoll. Bei der Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Lues cerebrospinalis hat die Reaktion unter 100 Fällen nur zweimal versagt. Auch für die Diagnose der Meningitiden leistet die Goldsolreaktion gute Dienste. F. Harry-Wiesbaden.

Beobachtungen über die Goldsolreaktion bei Neurosyphilis (Observations on the Colloidal Reaction in Neurosyphilis and Other Diseases of the Central Nervous System), von C. Worster-Drought, H. J. B. Fry und G. Roche-Lynch. (Lancet, Nr. 5177, S. 1065.) Bei Syphilis des Zentralnervensystems wird die Goldsolreaktion eher positiv als die WR. Obwohl Paralyse gewöhnlich einen paretischen Kurventyp zeigt und Tabes einen luetischen, kommen Ausnahmen vor. Es ist wahrscheinlich, daß der Kurventyp sich mehr ändert mit der Stärke der Infektion des Zentralnervensystems als mit den klinischen Symptomen. Antiluetische Behandlung nach modernen Grundsätzen schwächt im allgemeinen die Kurve ab, ja sie kann sogar eine positive Kurve völlig zum Verschwinden bringen. Bei multipler Sklerose findet sich eine positive Goldsolkurve, deren Typ je nach der Intensität und dem Stadium der Krankheit wechselt. R. Erichson-Kiel.

Über eine neue Lumbalpunktionsnadel zu enzephalographischen Untersuchungen, von Ladislaus Benedek-Debrezin. (M. m. W., 1923, Nr. 1, S. 19.) Die Punktionsnadel ist „doppelläufig". Sie gestattet das Ablassen des Liquors wie die Einblasung von Luft. Letzteres kommt gegen die auf zu starken Druckabfall folgenden Beschwerden in Frage. A. v. Notthafft-München.

Universalpipette für serologische Arbeiten (speziell für Wassermann-Untersuchungen mit $^1/_4$ Dosen). (Erwiderung auf die Bemerkungen von F. W. Bach), von G. Blumenthal-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 222—223.) Die hauptsächlichsten Unterschiede der von Bach und der vom Verf. angegebenen Pipette bestehen darin, daß die Ziffernbezeichnung von unten nach oben erfolgt, die Graduierung bis zur Spitze durchgeführt ist und schließlich die Markierung der $^1/_4$-ccm-Teilung tiefschwarz eingebracht ist, wodurch sie sich nicht nur von ikterischen und blutigen Flüssigkeiten, sondern vor allen von der unten angebrachten Feinteilung gut abhebt. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Technik der Blutentnahme für Wassermann-Reaktion bei Säuglingen, von F. Rohr-Wilhelmshöhe. (D. m. W., 1922, Nr. 47, S. 1579.) Die von Steinhardt in Nr. 31 empfohlene Methode der Blutentnahme aus den seitlichen Halsvenen ist in der Pädiatrie bekannt. Bei einiger Übung gelingt es, auch aus kleinen Hautvenen Blut zu gewinnen. Besonders geeignet sind die beim Schreien des Säuglings sich stauenden Schädelvenen am herabhängenden Kopf. F. Harry-Wiesbaden.

e. Therapie.

Moderne Methoden der Diagnose und Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems (An Address on Modern Methods of Diagnosis and Treatment of Syphilis of the Nervous System), von F. W. Mott. (Lancet, Nr. 5184, S. 1.) Nichts Neues. R. Erichson-Kiel.

Die Behandlung der Syphilis mit besonderer Bezugnahme auf ihre späteren Manifestationen (An Adress on the Treatment of Syphilis, with Special Relation to its Later Manifestions), von L. W. Harrison. (Lancet, Nr. 5184, S. 4.) Es bestehen zur Zeit keine Anzeichen einer Zunahme der Paralyse; nach der englischen Statistik hat die Zahl der Todesfälle an Paralyse in den letzten Jahren abgenommen. Harrison verlangt als Behandlungsminimum bei sekundärer Lues eine Behandlungsdauer von 15—18 Monaten, und zwar Salvarsan und Quecksilber kombiniert. Er vertritt den Standpunkt, daß eine positive Seroreaktion eine noch aktive Lues anzeigt und daß, solange sie besteht und darüber hinaus, intermittierend behandelt werden muß. Bei Myokarditis luica sah er ermutigende Resultate von tiefen subkutanen Sulfarsenolinjektionen (0,3—0,48 g bis zu einer Gesamtdosis von 6 g) kombiniert mit Hg und Jod per os gegeben. Bei Tabes gibt Harrison subkutan Sulfarsenol zusammen mit Silbersalvarsan und Jod. Vor allem betont er immer wieder die Wichtigkeit intensiver, streng und lange genug durchgeführter Kuren in allen Stadien der Lues; nur so ist es möglich, das Auftreten von spätluetischen Erscheinungen, besonders am Zentralnervensystem zu verhindern, bzw. sie erfolgreich zu bekämpfen. R. Erichson-Kiel.

Digitized by Google

Über den Einfluß toxischer Exantheme auf den weiteren Verlauf der Syphilis, von Gustav Stümpke. (M. Kl., 1923, Nr. 3.) Von 11 Patienten mit Salvarsandermatitis erlitten 7 Rückfälle teils klinischer (4), teils serologischer Natur (3), während 4 rezidivfrei blieben. Allerdings war bei diesen die Beobachtungszeit zum Teil ziemlich kurz. Es fällt auf, daß die rezidivfreien Fälle im allgemeinen vollständig, die rezidivierenden mehr oder weniger unvollständig behandelt waren. Wenn danach über die Bedeutung der Salvarsandermatitis noch kein Urteil abgegeben werden kann und vor prognostischer Verwertung derselben gewarnt werden muß, so erscheint das Problem doch von großer, weitere Beachtung erfordernder Bedeutung. E. Levin-Berlin.

Die Prophylaxe und Therapie der meningealen Syphilis, unter besonderer Berücksichtigung einer neuen endolumbalen Technik, von Gennerich. (M. m. W., 1922, Nr. 42, S. 1475.) G. führt die endolumbale Technik heute auf eine Weise aus, welche trotz hoher Salvarsandosen eine Reizung des Rückenmarkes vermeidet: Gleichzeitige Punktion in zwei möglichst weit auseinanderliegenden Intervertebralräumen der Lendenwirbelsäule. Die obere Bürette bekommt auf jeden Fall nach Einlauf von 15—20 ccm Liquor Salvarsanzusatz, die untere nimmt 50—100 ccm reinen Liquor auf. Dann läßt man den Inhalt der oberen Bürette einfließen und jetzt treibt man die eingelaufene Flüssigkeit mit dem Inhalt der jetzt erst einlaufenden unteren Bürette in die Höhe. Bei zerebralen Prozessen kommt nur in die obere Bürette 1,35 bis (steigend) 2—3 mg Salvarsan. (G. gibt unter besonderen Vorsichtsmaßregeln sogar 4 und 5.) Zweitägige Bettruhe, bei höherer Dosierung das Doppelte. Sind gleichzeitig spinale Prozesse vorhanden, dann kommt auch in die untere Bürette $^1/_3$ mg Salvarsan; Gesamt-Salvarsandosis hier in der Regel nicht mehr als 2 mg, bei schweren myelitischen oder ataktisch tabischen Fällen nur 1,0—1,5. Aus der unteren Bürette läßt man nur 35—55 ccm zurücklaufen. Denn man hüte sich vor jedem Überdruck (augenblicklich Krämpfe, für später Erschwerung der Krankheit durch Eindringen der Flüssigkeit in die Nervenmasse!). Daher darf bei Entnahme größerer Flüssigkeitsmenge höchstens die Hälfte zurückgeschickt werden. Neben der endolumbalen Behandlung ist Allgemeinbehandlung nötig. In den Frühfällen Hg-Kur, in älteren Fällen weniger intensive Behandlung. Bei mangelhaftem Allgemeinzustand Salvarsan. Im Primärstadium ausreichend behandelte Kranke bedürfen bei fortdauernd negativer Serumreaktion keiner Liquorkontrolle, Sekundärfälle dagegen 5—6 Wochen nach dem ersten Zyklus und $^1/_2$ Jahr nach der letzten Salvarsankur. In den Latenzfällen darf man sich nicht durch negative Serumreaktion täuschen lassen. 90% aller meningealen Erkrankungen sind zunächst latent. Bei den oft sehr starken meningitischen Prozessen nach der ersten Salvarsankur findet sich in 95% negative Serumreaktion. Daher ist in allen Latenzfällen, bei denen nicht negatives Verhalten des Liquors schon nachgewiesen ist, vor jeder Behandlung dieser zu kontrollieren. Selbstverständlich ist bei allen Fällen mit Nervenerscheinungen die Punktion auszuführen. Bei spinalen Prozessen ist die größere Empfindlichkeit der austretenden Nerven des kranken Markes zu berücksichtigen und ist vorsichtig mit niederen Dosen zu beginnen. Bei Neigung zu Apoplexien ist stationär zu behandeln, bei Wiederkehr der Blutungen unverzüglich mit Doppelpunktion und hoher Dosierung. Bei Syphilis cerebrospinalis ist fast immer ein vollständiger Stillstand des meningealen Prozesses erreichbar. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Tabesfälle läßt sich neben der klinischen Besserung eine Beseitigung der Progredienz erreichen. Die Doppelpunktionsbehandlung hat auch die Resultate bei beginnender Paralyse und tabischer Optikusatrophie hinsichtlich Wiederkehr der Funktionen und Arbeitsfähigkeit wesentlich gebessert. A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Karl Stern an der medizinischen Akademie in Düsseldorf wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Gestorben: Prof. Vincenzo Fisichella in Catania; Dr. Arthur U. Williams, Arzt für Urologie in Hot Springs, Ark. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. Juli 1923 | Nr. 30 | Band 77

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Dirig. Arzt: Prof. A. Buschke).

Seltene Leukoderme und die Abgrenzung derselben von der Vitiligo.

Von

Dr. Erich Langer, Oberarzt der Abteilung.

Von jeher ist die Pigmentfrage Gegenstand großen Interesses und ausgedehnter Diskussionen gewesen, da sie selbst heute noch zu denjenigen Dingen gehört, über deren Entstehung noch mancherlei Dunkel schwebt. Dieselben Krankheitsprozesse können bei dem einen Hyperpigmentierungen, bei einem anderen Depigmentierungen erzeugen, oft genug sogar können beide Prozesse nebeneinander bei ein- und demselben Individuum beobachtet werden. Einem jeden sind die vielfach mit starker Pigmentierung abheilenden Sekundärerscheinungen des Luetikers neben dem ausgedehntesten luetischen Leukoderm bekannt; Tatsache ist das Vorkommen psoriatischen Leukoderms neben mit Hyperpigmentierung abheilenden Psoriasisefloreszenzen. Wenn auch eine Reihe klinischer und biologischer Tatsachen über die Pigmentgenese bekannt sind, über vieles sind noch die Meinungen weit verschieden und geteilt.

Auch allein auf dem Gebiete der Depigmentierungen herrschen über ihr Auftreten und Zustandekommen die divergierendsten Meinungen (Ehrmann, Freymann). Wir wollen ganz absehen von den leicht in diesem Gebiete abzutrennenden angeborenen Depigmentationen, dem partiellen und lokalen Albinismus, dessen differentialdiagnostische Trennung von den sonstigen Depigmentationserscheinungen keine Schwierigkeiten machen dürfte. Schwerer erscheint schon vielfach die Trennung feinster oberflächlicher, ganz zarter Narben, die täuschend leukodermartig oft aussehen im Gegensatz zu sonst vielfach gerade am Nacken und Rücken vorkommenden strichförmigen Kratznarben oder tiefen narbigen Veränderungen nach Ulzerationen und Impetigines. Diese ganz zarten Narben, die für das betrachtende Auge fast im Hautniveau liegen, auch in ihrem Aussehen kaum von Leukodermflecken unterscheidbar sind, lassen sich aber durch ein Phänom deutlich erkennen und von echten Leukodermen trennen, auf das Sklarz hingewiesen hat. Erzeugt man nämlich bei dem zu prüfenden Individuum durch Abkühlung, Reiben des Nackenfeldes usw. eine Gänsehaut, so entsteht im Gegensatz zum echten Leukoderm an den narbigen Stellen, selbst wenn sie noch so zart sind, niemals eine solche. Wir haben dieses Sklarzsche Pilomotoren-Phänomen stets an unseren Fällen bestätigen können.

Digitized by Google

Somit bleiben für unsere Betrachtung nur alle echten Leukoderme und die Vitiligo übrig, und es soll versucht werden, diese beiden Depigmentationsgruppen scharf voneinander abzutrennen, nachdem besonders von französischen Autoren immer wieder eine Vermengung von Leukoderm und Vitiligo vorgenommen wird. Nachdem es anfänglich nach der Neisserschen Aufstellung und Abgrenzung des Krankheitsbildes des luetischen Leukoderms den Anschein hatte, als ob es sich hier um eine charakteristische und zugleich spezifische Erkrankungsform der Lues handle, sind in den letzten Jahren immer neue Mitteilungen über Leukoderme der verschiedensten Genese gemacht worden. Nebenher seien nur die Fälle erwähnt, wo z. B. nach Seborrhoe Gougerot, Jesionek u. a., nach Lichen ruber Caspary, Blumenfeld u. a. Depigmentierungen auftreten sahen, während Jadassohn bei Kindern, die im Winter der Sonnenstrahlung im Gebirge ausgesetzt waren, bei Pityriasis simpl. faciei Depigmentierungen vorfand. Pinkus beschreibt einen Vitiligo nach Lichen chron. Vidal. Wir selbst sahen kürzlich an Stelle von abklingenden Herden eines wahrscheinlich prämykotischen Exanthems große Depigmentationen zurückbleiben. Überhaupt scheint mir in praxi das Vorkommen von Depigmentierungen im Verlaufe von Hauterkrankungen viel häufiger vorzukommen, als allgemein angenommen wird. Interessant ist in dieser Hinsicht auch eine Beobachtung von Christopherson, der bei einem 18jähr. Sudanesen, welcher wegen Kala-azar mit großen Dosen von Tartarus stibiatus behandelt wurde, ein universelles Leukoderm — einschl. im Gesicht — gleichzeitig mit einem lichenoiden Exanthem beobachten konnte. Beide Erscheinungen schwanden etwa zwei Monate nach Aussetzen der Behandlung. Interessant ist dieser Fall besonders auch noch durch das lichenoide Exanthem, das ähnlich den lichenoiden Salvarsanexanthemen (Buschke-Frfymann) als Arzneinebenwirkung des Tartarus stibiatus bei einem anscheinend dazu besonders disponierten Individuum aufgetreten ist.

Aber außer den eben angeführten Krankheiten kann man wohl bei vielen anderen, in der Hauptsache bei den großen konstitutionellen Dermatosen, teils nach Abheilung der typischen Effloreszenzen teils neben ihnen spontan auftretende Leukoderme feststellen. Im Folgenden seien in Kürze einige von uns beobachtete, recht interessante Fälle aus den verschiedensten Krankheitsgruppen aufgeführt.

Leukoderm bei kindlicher akquirierter Lues.

Fall 1[1]). Emmy W., 8 J. Das Kind hat mit der Mutter, über deren Gesundheitszustand nichts zu erfahren war, da sie außerhalb Berlins wohnt, lange Zeit in demselben Bett geschlafen. Wird vom Vater, dem eine Halsentzündung aufgefallen ist, in das Krankenhaus gebracht und hier der dermatologischen Abteilung überwiesen.

Befund am 8. VIII. 1922. Es finden sich ausgedehnte Papeln am Genitale und den Fußsohlen, spezif. Rhagaden am Munde, Angina specif., Plaques, Scleradenitis univers. und ein Leukoderm, das den Hals umzieht und sich in ebenfalls kleinfleckiger, netzförmiger Anordnung auch in den Achseln findet. Nach Beendigung der kombinierten Kur sind alle Erscheinungen mit Ausnahme des Leukoderms abgeklungen.

Fall 2. Käthe H., 9 J. Nach eigenen Angaben drei Monate vor der Aufnahme von einem Manne vergewaltigt. Vier Wochen danach bemerkte sie selbst einen Aus-

[1]) Fall 1—3 sind in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

Digitized by Google

schlag am Körper und hatte Schmerzen am Genitale. Die Mutter bringt das Kind daher jetzt ins Krankenhaus.

Befund am 2./VI. 1922. Ausgedehnte Papeln an Genitale und After. Angina specif., Scleradenitis univers., hochgradige Alopecia specif. und ein Leukoderm am Halse. Nach einer sechswöchigen Schmierkur waren alle Erscheinungen bis auf das Leukoderm fort, das auch noch bestand als das Kind sieben Monate später ohne sonstige Symptome zu einer Wiederholungskur zu uns kam.

Fall 3. Charlotte B., 12 J. Seit $1^1/_2$ Wochen bemerkt das Mädchen Geschwüre am Genitale, weshalb es der Schularzt der Abteilung überweist. Eine Infektionsquelle ist von dem Kinde nicht zu erfahren.

Befund am 28. XI. 1922. Papeln am Genitale, Scleradenitis inguinalis, Angina specif., Alopecia specif. und kleinfleckiges Leukoderm am Halse. Unter einer Schmierkur heilen die Erscheinungen ab, die Alopezie bildet sich zurück, nur das Leukoderm ist unverändert.

Fall 4. Hans B., 8 J., Bruder der obigen, hat wegen der häuslichen ärmlichen Verhältnisse mit der Schwester in einem Bett geschlafen. Bald nach Aufnahme der Schwester ins Krankenhaus klagte er über Schmerzen beim Stuhlgang, und es wurde von den Eltern neben Geschwüren am After ein diffuser Haarausfall beobachtet.

Befund am 17. I. 1923. Papeln am After, Scleradenitis univers., hochgradige specif. Alopecie, ausgedehntes Leukoderm am Halse, das nach Beendigung einer Schmierkur bei der Entlassung noch besteht, während die übrigen Erscheinungen, einschl. der Alopezie, abgeklungen sind.

Das Vorkommen eines luetischen Leukoderms beim Kinde, ebenso wie das der Alopezie ist bisher nur recht selten beobachtet worden. Kolokin teilt einen Fall mit, wo ein 1 Jahr 1 Monat altes Kind mit kongenitaler Lues ein universelles Leukoderm hatte und Jelzina beobachtete bei einem 5jähr. Mädchen ein ausgesprochenes Leukoderm. Bezüglich der Alopezie teilte Severi zwei Fälle von Kindern von $2^1/_2$ bzw. 3 Jahren mit, bei denen er eine spezifische Alopezie beobachtete. Auch er weist auf das seltene Vorkommen hin. Um so auffälliger muß es erscheinen, daß wir in so kurzem Zeitraum vier derartige Fälle, davon drei mit Alopezie kombiniert zu beobachten Gelegenheit hatten. Der Grund dafür dürfte wohl in erster Linie in dem zur Zeit überhaupt gehäufteren Auftreten der Geschlechtskrankheiten, speziell der Lues, bei Kindern zu suchen sein, andererseits haben Buschke und ebenso aus unserer Klinik Freymann wiederholt auf die Zunahme des Leukoderms bei Männern hingewiesen, des ferneren auch auf sein vielfach mehr akutes und besonders das disseminierte Auftreten. Möglich wäre es somit, daß auch zur Ausbildung des kindlichen Leukoderms dieselben Momente mitspielen. Auffällig erscheint nur, daß bei keinem der Kinder, während sonstige Sekundärerscheinungen vorhanden waren, sich eine Roseola feststellen ließ — bei einem, Fall 2, soll angeblich ein Ausschlag vorausgegangen sein. Wenn das Fehlen eines Exanthems auch nicht gegen sein vorheriges Vorhandensein spricht, so möchte ich doch den Standpunkt von Ehrmann, Brandweiner, Wertheim u. a., die an einer Entstehung des syphilitischen Leukoderms nur auf dem Boden sekundär-syphilitischer Effloreszenzen festhalten, nicht teilen. Gewiß ist zuzugeben und von Freymann nicht bestritten worden, daß auch auf dieser Grundlage das Leukoderm entstehen kann, ja wir haben es selbst oft genug an unseren Fällen beobachtet, nichtsdestoweniger muß aber wohl für einen Teil, und zwar wohl den Hauptteil der Fälle behauptet werden, daß es sich beim Leukoderm speziell auch dem universellen um eine primäre Erkrankung handelt. Ehrmann behauptet, daß das Leukoderm be-

Digitized by Google

sonders an Stellen, die an und für sich stärker pigmentiert sind, sei es natürlich oder künstlich, auftrete. Dann mußte eigentlich nach seiner Theorie z. B. im Gesicht, in dem wir sehr oft ausgebildete sekundärsyphilitische Effloreszenzen beobachteten, und das im allgemeinen noch mehr als der Nacken der Sonnenbestrahlung ausgesetzt ist, und ebenso an anderen pigmentierten Stellen als gerade den Achseln, z. B. Mammae, Genitalien usw. mit Vorliebe das Leukoderm auftreten, was aber doch nur in den allerseltensten Fällen geschieht. Dagegen ist es doch merkwürdig, daß jene andere Depigmentation, die Vitiligo, die vielfach mit dem Leukoderm durcheinander geworfen wird, gerade zum Unterschied von diesem Gesicht, Genitalien- und Analgegend bevorzugt. Es scheint doch also nicht ausnahmslos allein an dem Sitz der vorausgehenden Sekundärerscheinungen zu liegen, sondern die Ursache des Auftretens des Leukoderms und sein unterschiedlicher Sitz von der Vitiligo scheint doch durch innere Vorgänge beherrscht zu werden. Schon aus seiner Reaktion auf Belichtung im Gegensatz zur Vitiligo (Buschke, Buschke und Eichhorn, Stein) läßt sich entnehmen, daß es sich beim Leukoderm wahrscheinlich um zelltoxische vorübergehende Veränderungen handelt, die auf einer angeborenen konstitutionellen Prädisposition zu Pigmentveränderungen (Thibierge) beruhen, oder aber nur sichtbare Zeichen von spezifischen Störungen des vegetativen Nervensystems (Buschke und Sklarz, Sklarz) darstellen. Ähnlich liegen die Dinge bei einer anderen Form des Leukoderms, dem Leukoderma psoriaticum, für das auch zunächst ein Paradigma angeführt sei.

Erna B.[1]), 18 J. alt, Dienstmädchen, leidet seit dem fünften Lebensjahre an einzelnen schuppenden Stellen. Das letzte Mal ist sie wegen ihres Ausschlages, der aber keine große Ausdehnung zeigte, im Sommer 1922 mit einer schwarzen Salbe behandelt. In letzter Zeit beobachtete sie, daß einzelne schuppende Stellen auftraten und zum Teil von selbst wieder verschwanden, aber sich dann an ihrer Stelle weiße Flecke bildeten. Daher kommt sie zur Behandlung auf die dermatologische Abteilung.

Befund am 22. II. 1923. Hinter beiden Ohren und ebenso auf dem Kopfe, desgleichen am Halse einzelne kleine braunrötliche, nicht infiltrierte, mit silbergrauen Schuppen bedeckte Effloreszenzen, ein größerer Herd neben mehreren kleineren auf der Stirn. Auf den Streckseiten der Extremitäten und vereinzelt am Rumpfe finden sich zahlreiche ähnliche Herde von Punkt- bis Fünfmarkstückgröße teils einzeln, teils konfluierend zum Teil in zirzinärer Anordnung. Neben diesen Effloreszenzen findet sich eine ausgedehnte netzförmige Depigmentierung vor allem auf Rücken, Bauch und Armen, während der Nacken nur einzelne depigmentierte Stellen enthält, und die Achselbräunung beiderseits frei ist. Die Depigmentierungen stehen auch auf dem Rücken zum Teil einzeln, zum Hauptteil aber bilden sie ein Netzwerk. Die einzelnen depigmentierten Stellen sind von ungleicher und unregelmäßiger Form, groß und klein, bald länglich, bald rund oder oval. Manche Depigmentierungen sind zirzinär von den schuppenden Herden umgeben, an manchen Stellen umgeben hinwiederum die Depigmentierungen kranzförmig die psoriatische Effloreszenz.

Schleimhaut der Mundhöhle frei.

Genitale. Auf dem rechten großen Labium mehrere erodierte papulöse Effloreszenzen.

Drüsen o. B.

Innere Organe normal.

Klinische Diagnose. Psoriasis oder psoriasiformes Syphilid mit Papeln am Genitale. Psoriatisches oder syphilitisches Leukoderm.

---

[1]) In der März-Sitzung 1923 der Berliner Dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

Digitized by Google

Durch die mehrfach untersuchten negativen WR und das wiederholt negative Ergebnis der Spirochätenuntersuchung konnte, unterstützt durch den Erfolg der Psoriasistherapie, die Lues ausgeschlossen werden, zu deren Annahme besonders auch der Umstand Anlaß geben konnte, daß wir in letzter Zeit eine Häufung der psoriasiformen Exantheme, wie überhaupt aller vom Gewöhnlichen abweichenden und schweren Exanthemformen beobachten können. Die Patientin zeigte während der Behandlung noch den interessanten Befund, daß nach 14tägiger Arsendarreichung in Form von Sol. Fowleri, während alle Effloreszenzen abheilten, plötzlich auf beiden Handrücken, besonders aber auf dem linken und auf der Brust zahlreiche kleine psoriatische Herde hervortraten, die unter einer Salizyl-Teertherapie wieder verschwanden. Das Leukoderm ist bis zum Abschluß der Behandlung unverändert geblieben. Buschke und ich haben erst vor kurzem in einer eingehenden Arbeit über „gonorrhoische Hyperkeratosen und ihre Beziehungen zur Psoriasis" auf das konstitutionelle Moment dieser Erkrankung hingewiesen. Hier haben wir wiederum ein Beispiel dafür, daß selbst durch kleinste Gaben eines eigentlichen, wenn auch nicht, wie beim Lichen ruber, spezifischen Psoriasisheilmittels bei einem Menschen, dessen Haut eine hyperkeratotische Konstitution besitzt, neben einer Heilwirkung auch eine Reizwirkung erzielt werden kann, wie wir es ja zur Genüge von den lichenoiden Salvarsanexanthemen (Buschke und Freymann, Frei und Tachau u. a.) kennen, und ich es zu Beginn vom Tartarus stibiatus (Christopherson) erwähnt habe. Auf das Leukoderm hat das Arsen keinen Einfluß gehabt, was nur die Anschauung Rilles, Jordans u. a. bestätigt, die bereits bei früheren Fällen darauf hinwiesen, daß die meisten Kranken mit einem psoriatischen Leukoderm keine Arsenbehandlung durchgemacht haben, während Rosenthal es für eine Folge des Arsengebrauchs hält, da dieses auf die Pigmentverschiebung begünstigend einwirken soll, und die Ledermann und Ehrmannschen Fälle nach Arsenbehandlung aufgetreten sind.

Die wichtigsten Fragen bei der Betrachtung des psoriatischen Leukoderms scheinen mir zu sein 1. seine Entstehung und 2. seine Unterscheidung von dem syphilitischen Leukoderm. Dabei muß man bezüglich seiner Entstehung zunächst einmal gänzlich die sekundären Leukoderme, wie sie z. B. nach Chrysarobingebrauch entstehen, ausschließen, ehe man von einem echten psoriatischen Leukoderm sprechen kann. Dieses ist nach seiner ersten Beschreibung durch Rille mehrfach beobachtet und besonders durch die zusammenfassenden Arbeiten von Ledermann, Blumenfeld, Assmy u. a. ausführlich besprochen worden, so daß hier nicht auf alle dasselbe betreffenden Fragen eingegangen zu werden braucht. Was seine Entstehung angeht, so ist fraglos und von den verschiedensten Autoren beobachtet, daß es durch Involution der primären Psoriasiseffloreszenz entsteht (Rille, Ledermann u. a.), und ich selbst habe ja im Befunde mitgeteilt, daß wir eindeutig beobachten konnten, und zwar vor allem am Halse und auf den Armen, wie das Leukoderm teils im Zentrum, teils in der Peripherie der sich involvierenden Psoriasisplaques entstanden ist. Dagegen gibt uns für die netzförmige, vor allem am Stamm lokalisierte Anordnung des Leukoderms der Sitz der psoriatischen

Digitized by Google

Herde selbst keinen Anhaltspunkt. Einmal gibt die Patientin an, daß die Ausbreitung der Psoriasis stets nur eine recht mäßige war, dann hatten wir selbst auf dem Rücken nur einzelne Psoriasiseffloreszenzen beobachtet, so daß ich hier unbedingt annehmen möchte, daß für dieses netzförmige Leukoderm nicht eine Involution psoriatischer Herde in Frage kommt, sondern daß es sich hier vielmehr ähnlich wie bei der Lues um toxische Vorgänge handelt — sei es bakterieller Art, seien es Stoffwechselprodukte oder etwas anderes, wie wir es als sekundär auslösende Ursache ja von der Psoriasis kennen, und die auf den Pigmentapparat eingewirkt haben mögen. Buschke und Eichhorn, Yoshida u. a. haben durch Belichtung des psoriatischen Leukoderms ebensowenig wie beim luetischen irgendwelche Pigmenterzeugung erzielen können, so daß man wohl auch hier ähnliche Störungen entweder zellulär-toxischer Natur oder einen Einfluß auf dem Wege über das vegetative Nervensystem annehmen muß, zumal es auch in seiner negativen therapeutischen Beeinflußbarkeit, die auch von anderer Seite (Rille, Ledermann) bestätigt wird, dem syphilitischen Leukoderm gleicht.

Seine Unterscheidung vom syphilitischen Leukoderm dürfte leicht sein in jenen Fällen, wo sich die psoriatischen Depigmentierungen nur auf einzelne Stellen beschränken, schwierig wird es aber in Fällen, wie dem beschriebenen. Hier dürfte wohl in der Hauptsache nur die Ungleichmäßigkeit in der Größe und Form der Einzeleffloreszenz beim psoriatischen Leukoderm differentialdiagnostisch den Ausschlag geben, da abgesehen von Blumenfeld alle anderen Autoren, z. B. Ledermann, Yoshida u. a. auch histologisch eine Unterscheidung nicht für möglich erachten.

Ähnlich wie bei der Psoriasis und in den letzten Jahren gehäuft ist das Vorkommen eines ausgedehnten Leukoderms bei Parapsoriasis beschrieben worden, wie es zuerst von Arndt mitgeteilt wurde, dessen Beobachtung dann von verschiedener Seite (Oppenheim, Scherber, Pick, Almkvist, Sato u. a.) bestätigt wurde. Auffallend erscheint mir hier nur, daß bei fast allen beschriebenen Fällen es sich um Kinder oder junge Menschen handelt, so daß vielleicht der Gedanke innersekretorischer Einflüsse gerade um die Pubertätszeit naheliegend wäre, zumal Zurhelle noch darauf aufmerksam macht, daß das Vorkommen bei Knaben eine Seltenheit sei. Von fast allen Autoren wird übereinstimmend behauptet, daß das Leukoderm an Stelle der abgeheilten parapsoriatischen Effloreszenzen entstanden ist; Zurhelle konnte nach spontaner Abheilung der Effloreszenzen Depigmentierungen beobachten, Nathan sah nach Pilokarpininjektionen Abheilung teils mit Pigmentierung, teils am Hals, in den Flanken, am Unterbauch und den Beugeflächen der Arme mit Leukoderm, während Ehrmann Almkvist u. a. nach intensiver Sonnen- oder Quarzlampenbestrahlung die Abheilung mit Depigmentierung beobachteten. Allgemein wird somit eine lokale Entstehung des parapsoriatischen Leukoderms angenommen, wenn auch das Vorkommen durch eine Störung im Pigmentstoffwechsel von manchen (Michelson u. a.) erwogen wird. Alle betonen die Ähnlichkeit mit dem syphilitischen Leukoderm.

Digitized by Google

Leukoderm nach Pityriasis rosea[1]).

13jähr. Junge, der seit acht Tagen an einem Ausschlag am Oberkörper leidet.

Befund am 9. IX. 1922. Auf Brust, Rücken, Leib, Armen und Beinen teils runde, teils unregelmäßig begrenzte, medaillonartige Effloreszenzen, die leicht schuppen und bei denen das Zentrum des Herdes frei von pathologischen Veränderungen zu sein scheint.

Schleimhäute und innere Organe o. B.

Diagnose. Pityriasis rosea.

30. IX. Unter Salizyl- (2%ige) und Schwefel-Vaseline (5%ige) sind die Effloreszenzen geschwunden und an ihrer Stelle entsprechend ihrer Lokalisation ist ein universelles Leukoderm entstanden.

Wiederholte Quarzlampenbestrahlung (6., 13. und 23. X.) hat zwar an den Belichtungsstellen eine starke entzündliche Reaktion mit einem momentanen anscheinenden Verschwinden des Leukoderms hervorgerufen, aber nach Abklingen des Erythems ist die Depigmentation unverändert hervorgetreten, wie es ja für andere Leukoderme von Buschke, Buschke und Eichhorn, Joshida im Gegensatz zur Vitiligo nachgewiesen ist. Bei der Entlassung des Patienten am 23. XII., also zwei Monate nach Auftreten des Leukoderms, ist dieses noch unverändert vorhanden. Seither hat sich Patient nicht wieder vorgestellt.

Wir haben es somit hier auch mit einem jener Leukoderme zu tun, deren Entstehung aus den sich zurückbildenden Krankheitserscheinungen wir unter unseren Augen sich entwickeln sahen, und wie sie Ehrmann, Brandweiner u. a. im Gegensatz zur Buschkeschen Schule als ausschließlichen Entstehungsmodus für die Leukoderme annehmen. Einen entsprechenden Fall von Leukoderm nach Pityriasis rosea habe ich in der Literatur nicht auffinden können; das gleiche gilt auch für das nachstehend zu beschreibende Leucoderma microsporicum[2]).

9jähr. schwächliches Mädchen, das wegen eines seit 1/2 Jahre bestehenden kleinen Lupusherdes und wegen einer Flechte auf dem Kopfe auf die dermatologische Abteilung kommt.

Befund am 27. VII. 1921. An der rechten Wange etwa zehnpfennigstückgroßer Lupusherd.

Auf dem behaarten Kopfe — über der Stirn und auf der Scheitelhöhe — je ein mit Mehl bestaubter, nicht entzündlicher Herd mit zahlreichen abgebrochenen Haarstümpfen und mehrere etwa einpfennigstückgroße Herde im Nacken.

Pilze — Mikrosporen — positiv.

30. XI. Nach Röntgenbestrahlung des Kopfes ist Haarausfall eingetreten, die Pilzherde auf dem Kopfe und im Nacken schwinden. Dagegen sind allmählich im Nacken, wo die Mikrosporieherde beobachtet wurden, depigmentierte, kreisrunde, einzeln stehende Stellen aufgetreten, die zum Teil scharf gegen die umgebende Pigmentierung abgesetzt sind, zum Teil allmählich in diese übergehen. Irgendwelche Anzeichen einer kongenitalen oder akquirierten Lues sind bei dem Kinde nicht vorhanden.

15. II. Die Depigmentierung ist wieder völlig geschwunden. Pilze negativ.

15. III. Nach Abheilung des Lupusherdes wird das Kind entlassen. Haare sind auf dem Kopfe gut nachgewachsen. Leukoderm nicht mehr zum Vorschein gekommen.

In der Folgezeit ist das Mädchen wegen Lupusrezidiv noch zweimal in Behandlung gewesen. Die Mikrosporieherde und das Leukoderm sind nicht wieder aufgetreten.

Einen zweiten ähnlichen Fall beobachtete Buschke, der bei einem Jungen auf der Stirn an der Stelle früherer Mikrosporieherde nach deren Abheilung ein Leukoderm auftreten sah.

---

[1]) Demonstriert von Buschke in der November-Sitzung 1922 der Berliner Dermatologischen Gesellschaft. [2]) Von Buschke in der November-Sitzung 1921 der Berliner Dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Aus der Klinik für Hautkrankheiten der zweiten Moskauer Universität (Direktor: Prof. G. I. Meschtscherbsky).

Beobachtungen über die Anwendung des Arsalyts bei Syphilis.

Von

A. N. Popowa, Assistentin der Klinik.

Im Herbst des Jahres 1922 übergab das deutsche Rote Kreuz zu Moskau unserer Klinik in liebenswürdiger Weise das Arsenikpräparat „Arsalyt" zu Versuchszwecken. Nähere Kenntnisse über dieses Präparat verdanken wir Dr. Giemsa, welcher als erster im Jahre 1911 im Hamburger Institut für Tropenkrankheiten mit demselben Versuche anTieren anstellte.

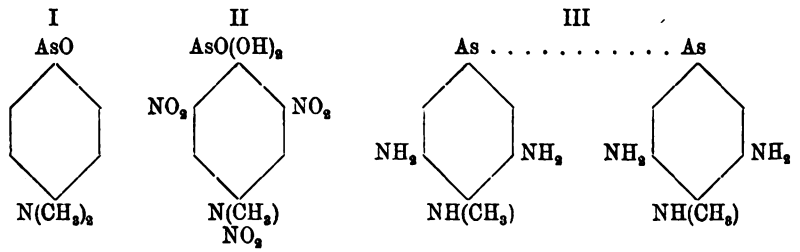
Das „Arsalyt" stellt eine 5%ige, schwache alkalische Lösung dar, welcher 1%ige Natriumsulfitlösung hinzugefügt ist. Die Lösung befindet sich in sterilen Ampullen zu 6 resp. 8 ccm, ist klar, geruchlos und von Orangefarbe. Das trockene Präparat, aus dem die Lösung verfertigt wird, enthält 26,5% Arsenik.

Die Versuche an Kaninchen und Mäusen ergaben, daß Kaninchen eine Injektion von 0,13—0,14 reinem Arsalyt, oder 2,6—2,8 ccm der 5%igen Lösung auf 1 kg des Körpergewichts in die Ohrvene und Mäuse = 0,6—0,7 ccm der 0,3%igen Lösung auf 20 g Körpergewicht subkutan vertragen.

Für den menschlichen Organismus ist die kleinste einmalige Dosis in 2 ccm der 5%igen Lösung enthalten, die Maximaldosis beträgt 0,4 resp. 8 ccm. Giemsa empfiehlt die Anwendung der Maximaldosis einmal in 10 Tagen und im ganzen = 4,0 g.

Um eine Zersetzung der Lösung zu vermeiden, muß die Ampulle unmittelbar vor dem Gebrauch geöffnet und die Lösung sofort in die Vene eingespritzt werden, weil bei längerer Berührung mit der Luft die Lösung sauer wird. Die Ampullen müssen an einem dunklen und kühlen Ort aufbewahrt werden.

Schon vor uns haben Mühlens und Gelhaar Syphilitische mit Arsalyt behandelt, wobei sie die Angabe machen, daß Ach und Rothmann diese neue organische Arsenikvereinigung verfertigt haben: es ist ein Bismethyl-Aminotetraaminoarsenobenzol.



I. Dimethylanil-arsenoxid

II. Dinitromethyl-nitraminophenyl-parasinsäure

III. Bismethylaminotetraminoarsenobenzol

Digitized by Google

Mit demselben wurden zuerst Versuche im „Hamburger Institut für Tropenkrankheiten“ an Tieren bei Hühnerspirillose, Rückfalltyphus und ferner bei Kaninchen, die mit Syphilis infiziert worden waren, gemacht. Werner endlich wandte es zuerst beim Menschen an. Die Einspritzungen in die Vene einer alkalischen Lösung mit kohlensaurem Natrium mußten infolge von Erscheinungen von Arsenikintoxikation aufgegeben werden.

Man ging daher zu intramuskulären Injektionen einer 4%igen alkalischen Lösung von Arsalyt zu 0,2 über. Mühlens und Gelhaar erhöhten die Dosis bis auf 0,4. Nach 4—5 Injektionen verschwanden die Krankheitserscheinungen von Syphilis.

Boehringer-Mannheim fertigte eine Lösung an, welche sich für die intravenöse Injektion eignet und von den Kranken gut vertragen wird. Mit dieser Lösung behandelten Mühlens und Gelhaar 1000 Luetiker und nahmen 0,1 Arsalyt auf 10 kg Körpergewicht. Es wurden 2—3 Einspritzungen in einem Zwischenraum von je 8 Tagen gemacht. Das Resultat war beinahe das gleiche wie bei Anwendung von Salvarsan. Dieses wird von Stühmer beanstandet, nach dem das Arsalyt auf keinen Fall das leistet wie das Salvarsan. In einer späteren Arbeit sagt Mühlens, daß das Arsalyt hauptsächlich bei Rekurrens den gleichen therapeutischen Wert wie das Salvarsan und den Vorzug hat, daß es, gelöst in sterilen Ampullen, zum Gebrauch fertig erhältlich ist. Stühmer zweifelt an der Haltbarkeit dieser Lösung. Hierzu kann ich sagen, daß das „Arsalyt“ selbst nach 4 Monaten keinerlei giftige Eigenschaften aufwies und demnach haltbar ist.

Ich wandte dasselbe bei 14 Kranken an, und zwar bei 6 Fällen von Syphilis gummosa und bei 8 Fällen von Syphilis condylomatosa.

Von diesen 14 Fällen wurden 3 kombiniert behandelt, 11 ausschließlich mit „Arsalyt“. Im ganzen wurden 133 Injektionen gemacht.

Die anfängliche, einmalige Dosis von 0,1 wurde allmählich bis auf 0,4 erhöht. Die Injektion der höchsten Dosis — 0,4 wurde einmal in der Woche gemacht. Die Gesamtdosis wurde bis auf 4,0 g und bei einer Kranken bis auf 4,5 g gebracht.

Bei den Kranken mit gummösen Erscheinungen verheilten die Geschwüre nach 4—5 Injektionen (Gesamtdosis 2,0); zuerst verschwand das Infiltrat um das Geschwür, dann nach 10—12 Injektionen alle aktiven Erscheinungen mit Hinterlassung von Pigmentation an der Stelle des Geschwürs. Bei den Kranken mit sekundären Erscheinungen (Angina papulosa) gingen diese nach 3—4 Injektionen (1,5 g) zurück, während die Syphilide auf der Haut, wie z. B. das Exanthema papulosum und die Roseola, erst nach 10 Injektionen verschwanden. Das Oedema indurativum verkleinerte sich nach 4 Injektionen bis auf die Hälfte. Die Drüsen wurden weicher und kleiner. In einem Falle von gummösen Erscheinungen infolge von Syphilis congenita, wobei es sich um eine ausgedehnte Periostosis und um Dolores nocturni osteocopi handelte, blieb die Periostose in statu quo, aber die Schmerzen ließen nach. Bei kombinierter Behandlung (HgJ 2% subkutan und Arsalyt intravenös) verschwanden dieselben Erscheinungen schneller, nämlich nach 3—10 Injektionen die Erscheinungen auf den Schleimhäuten, und vom Ausschlag auf der Haut blieben nur Pigmentflecken nach. In einem Falle von

Digitized by Google

gummösen Geschwüren auf dem Bein mit narbenartig veränderter Haut in der Umgebung und gleichzeitiger Myositis der Hüftmuskel, wurde die Vernarbung schon nach 6—7 Injektionen (2,5 g) deutlich und war nach 10 Injektionen (4,0 g) beendet. Gleichzeitig mit dem Arsalyt wurde aber KJ in 4%iger Lösung im Laufe von $1^1/_2$ Monaten gegeben.

Bei 6 Kranken mit Ausschlägen konnte man eine deutliche Herxheimersche Reaktion beobachten. In allen 14 Fällen kam es zu gar keinen Nebenerscheinungen nach den Arsalytinjektionen, abgesehen von einer geringen Temperaturerhöhung bis auf 37,8 und 38, und das auch nur bei 2 Kranken.

Auf die Wassermannsche Reaktion war der Einfluß des Präparats folgender: bei 7 kondylomatösen Syphilitikern hatte die WR die Tendenz negativ zu werden, indem die vor der Behandlung starke und mittelstarke positive Reaktion nach 7 Injektionen (2,5) bald negativ, bald unbestimmt (±) wurde; nach der Kur war die Reaktion nach 10—12 Injektionen entweder — oder ±. Bei den übrigen 7 Kranken, auch in dem Fall von Syphilis congenita, war die WR vor der Behandlung eine stark positive und blieb es auch ohne Veränderung.

In bezug auf die Wirkung des Arsalyt verdient aber folgende Beobachtung bei drei derart behandelten Kranken entschiedene Erwähnung. Bei zwei jungen Frauen mit frischer Syphilis trat bereits 2 Wochen nach Beendigung der ersten Kur, unter welcher alle sichtbaren Erscheinungen verschwunden waren, eine Cephalalgia syphilitica auf.

Die eine dieser Kranken klagte außerdem über Schmerzen in der Gegend des Rückgrates und wies erhöhte Kniereflexe auf. Bei einer dritten Kranken mit gummösen Geschwüren trat nach Injektion von insgesamt 1,3 Arsalyt und täglichem Gebrauch von je 3,0 KJ, im Laufe von 2 Wochen, auf dem rechten Schienbein ein Gumma der Haut von der Größe einer Walnuß auf. Nach Erhöhung der Dosis KJ bis zu 3,5 g täglich und zwei weiteren Injektionen Arsalyt à 0,4 verschwanden die Gummata spurlos. 2 Wochen später wandten sich beide Frauen ambulatorisch an mich wegen nächtlicher Kopfschmerzen, die wir als Neurorezidive auffassen mußten. Diese Erscheinungen ließen nach Gebrauch von 5%igem KJ im Laufe von 2 Wochen, in der Dosis von 3,5 g pro die, bedeutend nach.

Die Vorzüge des Arsalyts sind: Abwesenheit jeglicher Nebenerscheinungen; befriedigender therapeutischer Effekt auf die syphilitischen Erscheinungen der Haut, Schleimhäute und Muskulatur, genügender Einfluß auf die WR bei frischer Syphilis.

Das Arsalyt steht demnach in seiner Wirkung dem Neosalvarsan nahe, aber als Nachteile derselben sind auszusprechen: 1. die früh einsetzenden Neurorezidive in 2 Fällen, trotz Anwendung der Maximaldosis, und 2. die Entwicklung von einem Hautgumma bei einer Kranken noch während der Behandlung.

So haben wir doch den Eindruck, daß das Arsalyt trotz seines großen Vorzugs der fertigen Lösung, dem trefflichen Neosalvarsan nachsteht.

Literatur:

G. Giemsa, Beitrag zur Chemotherapie der Spirochätosen, M. m. W., 1913. Derm. W., 1916, Nr. 5, S. 104. Derm. W., 1919, Nr. 39, S. 632.

Digitized by Google

Versammlungen.

XIII. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

München, 20.—24. Mai 1923.

Übersichtsreferat von L. Kleeberg-Berlin.

Kreibich-Prag: **Ätiologie und Pathologie des Ekzems.** Verschiedene mechanische und chemische Schädlichkeiten als äußere Ursachen, Dispositionen der verschiedensten Art als innere Gründe können zu gleichen Ekzemen führen. Dies kann nur dann geschehen, wenn verschiedene Ursachen immer wieder den gleichen Prozeß auslösen. Dieser Vorgang besteht darin, daß die sensiblen Nerven der Epidermis gereizt werden und zu einer reflektorischen Entzündung in der Kutis führen. Die auslösende Nervenerregung ist als punktförmig zu denken, so ist auch die vasomotorische Veränderung zusammengesetzt, seltener superfiziell flächenhaft.

Verschiedene Formen des Ekzems ergeben sich aus der Verschiedenheit des Reizes und aus der Verschiedenheit der Wechselbeziehungen zwischen sensibler und vasomotorischer Erregung. Einmal prominiert die sensible, das andere Mal die vasomotorische Erregung. Daraus ergeben sich zwei Grundformen:

1. die Neurodermitis exsudativa, eczematosa,
2. die Dermatitis eczematosa.

1. Neurodermitis eczematosa, das pruriginöse Ekzem, der ekzematöse Scheuerungseffekt, Ekzem im engeren Sinne. Die sensible Erregung kommt zustande durch chemische, physikalisch-chemische (Licht) Reize, durch Fadenpilze in der Epidermis, durch Parasiten in (Skabies) oder auf der Haut (Pediculi capitis). Sie kann zustande kommen durch innerlich gegebene Körper, Medikamente, Stoffwechselprodukte, Änderungen im Stoffwechsel usw. Auch diese Körper wirken, durch die Blutbahn herangebracht, auf die sensiblen Epidermisnerven, bewirken Jucken, das Kratzen und Scheuern auslöst. Je nach der Erregbarkeit des Reflexbogens wird das Kratzen von niederen oder höheren Gefäßveränderungen beantwortet. Es kann Pruritus ohne bleibende Hautveränderung bestehen (Pruritus essentialis, senilis). Manchmal ist Hemmung der Gefäßerregbarkeit zu vermuten, wie bei Ikterus. Löst das Scheuern längerdauernde perstierende Hyperämie aus, so kommt es zu Lichenifikation, die man auf einfache Hyperplasie beziehen kann. Pigmentation, Follikelprominenz, hyperplastisches Relief. Bei zunehmender Erregbarkeit und fortgesetztem Scheuern kommt es aufsteigend zu entzündlich-hypertrophischen Lichenifikationen, zu der gewöhnlichsten Form der Neurodermitis, weiter zur Neurodermitis exsudativa, zum Kratzekzem; endlich kann die Erregbarkeit eine derartig hohe sein, daß geringe Reize (geringes Scheuern, Abkühlung, Erwärmung) schwere vasomotorische Veränderungen auslösen, die sich besonders in langanhaltendem, paradox intensivem Nässen ausdrücken. Der Zustand stellt die Höhe des pruriginös nässenden Ekzems dar. Rückbildung erfordert absteigend vom nässenden Ekzem zum Kratzekzem, zur Lichenifikation, zum Pruritus. Infizierte Ekzeme sind Ekzeme plus Neurodermitis.

2. Dermatitis eczematosa. Die gleiche Schädlichkeit (Licht, Formalin) kann pruriginöses Ekzem und Dermatitis eczematosa hervorrufen, danach ist ein verwandter Entstehungsmodus beider anzunehmen. Bei der Neurodermitis bewirkt das Jucken und Scheuern eine Mehrzahl sich immer mehr steigernder Erregungen. Die Dermatitis eczematosa kann dadurch zustande kommen, daß ein einmaliger Epidermisreiz von einer hohen vasomotorischen Veränderung beantwortet wird. Dies setzt hohe Erregbarkeit des Reflexbogens voraus; sie kann wieder die verschiedensten Gründe haben. Der Epithelnerv besitzt eine angeborene idiosynkrasische Empfindlichkeit gegen bestimmte chemische Körper, seine Überempfindlichkeit kann erworben werden. Es kann die Labilität der Gefäße durch Wegfall zentraler Hemmungen eine gesteigerte sein, so daß geringe Reize schwere Gefäßveränderungen auslösen. Auch hier kann die Nervenerregung von innen durch chemische Körper, Stoffwechselprodukte usw. erfolgen. Die Körper gelangen durch die Blutbahn zu den sensiblen Nervenendigungen und lösen punktförmige vasomotorische Veränderungen der Dermatitis eczematosa aus, im Unter-

Digitized by Google

schied zu den Erythemen, wo ein Angriff am subpapillären Gefäßnetz angenommen werden muß. Die idiosynkrasische Dermatitis eczematosa stellt die Höhe dieses Vorganges dar; von der Überempfindlichkeit zur Empfindlichkeit absteigend kommt man zur Bläschendermatitis, die adäquat auf den chemischen Reiz hin erfolgt, Terpentin, Arnika, ätherische Öle usw.; adäquat ist auch die Reaktion gegen Säuren, Laugen, Wasser, Seife, deren Typus in der Schmierseifendermatitis gegeben ist. Eine normale adäquate Erregbarkeit kann in Überempfindlichkeit, in paradoxe Reaktion übergehen, wenn dieselbe Schädlichkeit öfter von außen einwirkt, oder wenn innere Ursachen die Erregbarkeit steigern (gravide Wäscherin Hebras). So können blande Reize zu Ekzemschädlichkeiten werden. Ineinandergreifen der pruriginösen und vasomotorischen Form kommt vor, kann im selben Falle eintreten. Dermatitis eczematosa geht in Neurodermitis über. Neurodermitis neigt als labile Haut zu Dermatitis eczematosa. Bei beiden Ekzemformen kann es zur Überempfindlichkeit der ganzen Haut kommen; diese Übererregbarkeit, Ekzematisation, Ekzembereitschaft zeigt verschiedene Grade. In den schwächsten Formen besteht sie in einer etwas erhöhten Empfindlichkeit gegen chemische Reize (Krotonöl Weidenfeld, Terpentin Bloch, ist eine Folge der Mineralstoffwechseländerung Luithlen); ausgeprägter besteht sie darin, daß Reiben und Scheuern von immer höheren Gefäßveränderungen bis zur entzündlichen Exsudation beantwortet werden. Der höchste Grad universeller Überempfindlichkeit zeigt sich darin, daß geringe interne, mechanische oder kalorische Reize intensives Nässen auslösen können.

Durch Erregungen, die vom primären Ekzem ausgehen, werden die sensiblen Nerven der gesamten Haut in einen Zustand erhöhter Erregbarkeit versetzt, so daß Scheuern von entzündlichen Reflexen beantwortet wird. Es können sensible Erregungen anscheinend auf die symmetrische oder eine andere Hautstelle projiziert werden und hier eventuell auch ohne Scheuern entzündliche Reflexe auslösen. Bei typischer Dermatitis eczematosa fehlt oft anfangs Ekzematisation, kann durch Übertragung der primären Schädlichkeit auf mehrere Stellen vorgetäuscht werden (Csillag), doch kann auch auf Dermatitis eczematosa echte Ekzematisation folgen, die Dermatitis eczematosa geht in ekzematöse Neurodermitis über. Reflektorische Ekzeme treten mit Vorliebe an Stellen auf, wo bereits höhere Labilität besteht (bestehende Entzündung, Vitiligorand) oder wo äußere Momente, Druck der Kleider, Labilität bewirken. So kann Dermatitis eczematosa in Ekzem transponiert werden, gewöhnlich erst am dritten oder am vierten Tag; nachdem die Dermatitis eczematosa bereits in Abheilung übergegangen ist, tritt an der Stelle Jucken auf, und Scheuern führt jetzt zum echten Ekzem. Die sensible Erregung mit der konsekutiven höheren Gefäßerregbarkeit erfolgt vom primären Ekzemherd aus durch das Rückenmark ähnlich wie die Labilität des Sympathikus bei offenen Brandwunden oder Keloiden. Die Sensibilierung verrät sich gewöhnlich durch Jucken. Ekzemtherapie hat zu trachten, sensible Reize zu verhindern, herabzusetzen, die Empfindlichkeit der Epithelnerven zu vermindern. Die Beobachtungen von Kaufmann-Winkel, Küttner zeigen präzis die Abhängigkeit vom Nerven, und zwar sowohl bei äußerer als bei innerer Anwendung.

Ekzem ist eine vasomotorische Reflexneurose, ausgelöst durch Reize, welche die Endigungen der sensiblen Epidermisnerven treffen.

Bloch-Zürich sprach über die **Pathogenese des Ekzems.** Die alte Streitfrage, ob es sich beim Ekzem um eine Diathese oder um eine Hauterkrankung handelt, müssen wir heute in der Weise beantworten, indem wir die Diathesenlehre ablehnen. Dafür spricht vor allem, daß die meisten Ekzemenkranken sonst ganz gesunde Menschen sind, eine Tatsache, auf die Jadassohn immer schon hinwies. Es gibt keinen Unterschied zwischen Dermatitis eczematosa und Ekzem.

Zur Klärung der Ekzemursache prüfte B. die Haut normaler Menschen und Ekzematiker durch Stoffe, die zwar direkt kein Ekzem machen, aber die Wirkung potenzieren (Arnika, Chinin, Formol, Jodoform, Terpentin, Hg, Leukoplast, Primeln). Von 40 positiv reagierenden Normalen reagierten 25% auf mehrere Substanzen, 75% auf eine Substanz. Unter den Ekzematikern zeigten 35% starke Reaktion gegen Testsubstanzen. Aber auch 5,4% unter den ganz normalen zeigten deutliche positive Reaktion auf eine oder mehrere Substanzen. Man muß diese als latente Ekzematiker bezeichnen, die bei ihrer idiosynkratischen Hautreaktion bei dem gerade für sie empfindlichen Reiz dann ein Ekzem bekommen würden. Es handelt sich hierbei um eine Konstitutionsänderung der Epidermiszelle (Durchlässigkeit der Epithelzellenmembran). Wir müssen hierbei unterscheiden zwischen erworbener und hereditärer, zwischen permanenter und temporärer, absoluter und relativer Idiosynkrasie.

Digitized by Google

Von den untersuchten Ekzematikern zeigten 53% eine polyvalente und 47% eine monovalente Reaktion. Die Idiosynkrasie ist zum Unterschied von der allgemeinen Überempfindlichkeit eine qualitativ geänderte Reaktion auf einen oder mehrere Stoffe, gegen die normale Menschen in jeder Dosis unempfindlich sind.

Die Idiosynkrasie ist als anaphylaktisches Phänomen aufzufassen, sie ist unabhängig von der Art des Stoffes, nach Dörr keine Reaktion auf Eiweißkörper, sondern als ein zellulärer Prozeß aufzufassen. Es ist hierzu eine spezifische Reaktion zwischen sensiblen Rezeptoren (Ehrlich) der Epidermiszelle und dem Antigen erforderlich.

Bei der funktionellen Hautprüfung muß man mit einer Inkubation von Tagen und Wochen rechnen. Bei Wiederimpfung findet man typische allergische Vorgänge, Überempfindlichkeit nach 24 Stunden und Herdreaktion, Desensibilisierung. Daß die Ekzeme auch häufiger anaphylaktische Reaktion zeigen als andere anaphylaktische Erscheinungen, z. B. Asthma, liegt daran, daß die Reize leichter an die Haut gelangen als an andere Organe.

Daß ein Ekzem auch auf endogenem Wege entstehen kann, ist bewiesen (Chinin); ob körpereigne Substanzen Ekzem erzeugen können, ist theoretisch nicht abzulehnen, bedarf aber erst des Beweises. Die oft behauptete „Stoffwechselstörung" enthält etwas Mystisches, mit dem nichts anzufangen ist.

Riecke-Göttingen: **Symptomatologie des Ekzems und dessen Abgrenzung von verwandten Krankheiten.** Nur die Gesamtheit der äußeren Erscheinungsformen des zum Ekzem gehörenden Symptomenkomplexes kennzeichnet das pathologische Geschehen dieser Dermatose im Sinne einer spezifischen entzündlichen Reaktion des Gewebes. Die akute Dermatitis oder das akute Ekzem sind wesensgleich mit dem chronischen, ursprünglich Rayerschen Ekzem, so sehr auch im klinischen Bilde und in der Entstehungsweise bisweilen weitgehende Unterschiede zu bestehen scheinen.

Dem seborrhoischen Ekzem in seiner ursprünglichen Form, als mit übermäßiger Fettbildung einhergehendem entzündlichem Prozeß kommt eine klinische Eigentümlichkeit zu; wenn funktionelle Drüsentätigkeit im Sinne eigentlicher Seborrhoe die pathologische Grundlage bildet, so handelt es sich um ein Ekzem bei Seborrhoe; wenn die Fettbildung das Produkt von Gewebszellentätigkeit ist, so handelt es sich um ein Lipoidekzem.

Die Dyshidrosis ist unter die Dermatomykosen zu zählen; ob nebenbei ein dyshidrotisches Ekzem zu Recht besteht, ist noch nicht entschieden.

Die Neurodermitis oder der Lichen chronicus Vidal besteht als selbständiges Leiden neben sekundärer Lichenifikation. Neben der zirkumskripten Form gibt es eine diffuse und disseminierte, neben der lichenoiden eine noduläre Variation des Lichen Vidal, denen noch die Fox-Fordycesche Krankheit hinzuzufügen ist.

Symptomatische Ekzeme entbehren im allgemeinen besonderer klinischer Eigentümlichkeiten. Tuberkulöse Ekzeme zeigen teilweise spezifisch strukturellen Aufbau.

Starkes Ödem mit Ekzem zusammen findet sich beim urtikariellen Ekzem.

Das Ekzem ist ein selbständiger Krankheitsbegriff, dessen äußeres Wesen durch die Vielheit der klinischen Erscheinungsformen schwer zu erfassen und zu begrenzen ist. Eine Reihe von Bedingungen muß erfüllt sein, wenn ein Ekzem entstehen soll, und je nach der Relativität der äußeren und inneren Bedingungen wechselt die klinische Symptomatologie.

Pinkus-Berlin: Die **Therapie des Ekzems** besteht vor allem in der symptomatischen, lokalen Behandlung; hierbei muß die besonders starke Reaktionsfähigkeit der ekzemkranken Haut vor allen Dingen berücksichtigt werden. Ein bestimmtes Heilmittel chemischer Art für das Ekzem gibt es nicht. Die lokale Behandlung, so fein sie auch ausgebaut sein mag, ist doch nur eine Behandlung der gerade bestehenden Eruption. Die Beseitigung der Hautempfindlichkeit wird durch unsere alten Ekzemmittel und durch Licht, Röntgenstrahlen, durch Änderung des Stoffwechsels und der Konstitution angestrebt, ihre Voraussetzung ist irgend eine Diathese, die aber weder pathologisch noch durch den Erfolg diätetischer oder umstimmender Maßnahmen auch nur annähernd geklärt ist. Greifbarer ist die Ursache in vielen Fällen, wenn sie als äußeres Agens aufgefaßt und gesucht wird. Die äußeren Ursachen sind meistens chemischer Natur, die Hautentzündung, die durch sie entsteht, ist als Toxikodermie anzusehen. Ohne Wirkung der äußeren Ursache würde auch der ekzemempfindlichste Mensch kein Ekzem bekommen. Die Vermeidung der erkannten Giftwirkungen ist die sicherste Ekzemheilung, das Fliehen vor unbekannten Giften der Ersatz dafür. Haut-

Digitized by Google

impfung mit den vermuteten Ekzemreizungsstoffen führt manchmal zur Erkenntnis der Ursachen, unter Umständen die Desensibilierung zur Heilung. Doch braucht das einmal durch einen bestimmten chemischen Reiz entstandene Ekzem und das dann für alle möglichen anderen Reize empfindlich gewordene Individuum oft Monate zum Zurückkehren in geordnete Hautreaktionsverhältnisse. Ekzemreize sind oft nicht primär toxisch, sondern in der Haut durch tierische oder pflanzliche Parasiten erzeugt.

Die Ekzemheilung auf wissenschaftlicher Basis beruht vor allem auf Erforschung der Pathogenese des einzelnen Ekzemfalles, sie besteht in drei Faktoren, Fortschaffung der Ursache, lokaler Behandlung, Stärkung der Widerstandsfähigkeit der Haut.

Diskussion: Gans-Heidelberg zeigt interessante Kalzium- und Kaliumbilder der Haut. Durch eine besondere Methode ist es ihm gelungen, das Kalzium und das Kalium in seiner Lagerung in der Epidermis und Kutis sichtbar zu machen. Das Kalzium befindet sich normalerweise in der Kutis, geht aber bei Entzündungsprozessen in die Epidermis über.

Urbach-Wien: Das Blut sucht seine Ionenkonzentration an allen Substanzen stets zu behaupten, auch wenn Verschiebungen oder Veränderungen dieser Substanzen im Gewebe vor sich gehen. Aus diesem Grunde sind Königstein und Urbach schon von der reinen Blutchemie zur quantitativen chemischen Untersuchung des Gewebes übergegangen.

Hammer-Stuttgart spricht über die Beziehungen von Ekzem und Impetigo. Nach seiner Ansicht kommen neben den chemischen toxischen Reizen noch bakterielle Erreger als Ekzemursache in Frage.

Ehrmann-Wien geht ausführlich an Hand zahlreicher mikroskopischer Demonstrationen auf die Histologie und Klinik der Neurodermitis ein. E. trennt die Neurodermitis scharf vom Ekzem. Er weist auf die Bedeutung des Lichtes bei der Entstehung dieses Krankheitsbildes hin, auf das Bestehen von Urticaria factitia und Störungen im Magendarmtraktus und Asthma. Das histologische Bild zeigt zuerst einen urtikariellen Herd, darauf folgt Nässen und Infiltration. Es bildet sich dann weiter ein nässendes, wabenförmiges, ödematöses Gewebe, aber ohne entzündliche Infiltration, bei fortschreitender Entwicklung entstehen verruköse Bildungen, Hyperkeratose. Die ausgeschiedene Substanz in den verflüssigten Zellen im Oberflächenepithel und auch im Epithel der Haarfollikel ist muzinartig.

Luithlen-Wien betont die Bedeutung der Veränderung des Chemismus, des Mineralstoffwechsels (Fehlen der Kieselsäure [Avitaminose]) für die Ätiologie und Therapie des Ekzems.

Pokorny-Prag demonstriert Bilder von Neurodermitis um Varixknoten (bei varikösem Symptomenkomplex); sie beginnen (vor allem am Unterschenkel und Gefäßen folgend) als Knoten, schreiten konzentrisch mit zentraler Abheilung weiter und bilden Nierenform.

Rost-Freiburg i. B. bespricht systematische Fragen und schlägt für spätere Tagungen eine Aussprache des Säuglingsekzems zwischen Pädiatern und Dermatologen vor.

Jadassohn-Breslau: Der von J. schon 1900 eingenommene Standpunkt, daß „externe und in geringem Maße auch interne Reize und Idiosynkrasien der mannigfaltigsten Art in der Ätiologie der Ekzeme die wesentlichste Rolle spielen", scheint sich allmählich durchzusetzen. Die scharfe Scheidung von Dermatitiden und Ekzemen von J. stets bekämpft, vielmehr fortlaufende Reihe von Ekzemen, bei denen der äußere Reiz alles bedeutet, weil die Disposition allgemein vorhanden, bis zu solchen, bei denen die monovalente Idiosynkrasie das Wesentliche, der Reiz aber außergewöhnlich ist, bis zu solchen, bei denen die polyvalente Reaktionsbereitschaft, die mehr oder weniger allgemeine Überempfindlichkeit die Hauptsache in der Ekzemätiologie ausmacht. Daher keine Ausschließlichkeit, keine Verallgemeinerung in der Lehre von den Ekzemen wie bei den Toxikodermien überhaupt. Durch J.s „funktionelle Hautprüfung" bei Jodoform und Hg (1894) die Bedeutung der experimentellen Untersuchungen für beide Gruppen, durch Frederics histologische Untersuchung die Unterscheidung zwischen Dermatitis und Ekzem als undurchführbar rewiesen. Die Erweiterung des Anaphylaxiebegriffs durch Dörr für die „chemischen Antigene", gestützt durch in der älteren Literatur niedergelegte Tatsachen (Inkubation der artifiziellen Reizung [Quincke, Sauerland]; Abkürzung der Inkubation [Sauerland]); die Desensibilisierung beim Hg (Jadassohn), das Auftreten der idiosynkrasischen Reaktion bald nach der ersten, bald nach wiederholter Applikation (Analogie zur Serumkrankheit). Die Bedeutung der Applikationsart bei den Toxikodermien auch für die Ekzemlehre wichtig; ganz besonders aber die Erfahrungen über die Sensibili-

Digitized by Google

sierung (mono- und polyvalent, lokalisiert, generalisiert, intern gegen intern, extern gegen extern und vice versa), über die J. in Leipzig 1922 berichtet hat (Odolekzem, Salvarsan-Hg, Benzin, Tuberkulin-Salvarsan usw.). Bei den Ekzemen innerer Ursachen (IK, As, Borsäure, Borax), vielleicht sensibilisierend gegen äußere Reize? Unerwartete Reizwirkung bei der Therapie durch unspezifische Sensibilisierung? Die positiven Reizversuche bei Ekzematikern können auf angeborener Überempfindlichkeit, aber auch auf unspezifischer Sensibilisierung durch das Ekzem, resp. dessen Ursache beruhen. Angeborene Überempfindlichkeit schwer beweisbar, sicher aber verschiedene Neigung zur Sensibilisierung familiär (auch unspezifische Vererbbarkeit, cf. Döer). Die fixen Arzneiexantheme multiplizieren sich manchmal nach erstmaliger Sensibilisierung: quantitative territoriale Differenz im Gehalt der „Chemorezeptoren" und in der Fähigkeit zu ihrer Anreicherung? Brücke zwischen fixen und generalisierten Exanthemen; Analogie bei den Ekzemen. Sensibilisierung von innen gegen von außen, sowohl spezifisch als unspezifisch. Sensibilisierung von außen bleibt lokalisiert, kann aber auch generalisiert werden (Formalin, Primeln). Bedeutung der Hautbeschaffenheit (Hornschicht, Pigment, Spannung, Streckseite der Arme oft reizbarer als Beugeseite usw.).

Diskussion der Differenzen zwischen Erythemen, Urtikaria und Ekzemen. Überall lokale Wirkung die Noxen in der Haut zu postulieren. Aber auch Übergänge zu finden (Jodoform nach Klausner und Frei von innen her im Sinne des Erythems wirkend). Ob Kombination von vaskulärer und epithelialer Überempfindlichkeit im Sinne Lewandowskys oder Gruppenreaktion einmal nur auf die Noxe selbst, das andere Mal auf Noxe und deren im Organismus entstandenes Umwandlungsprodukt? Auch humorale Vorgänge bei den Toxikodermien (und Ekzemen) — Übertragung der Hg-Überempfindlichkeit in Serum (Biberstein nach der Methode Prausnitz und Küstner) —, Analogie zur Trichophytie!

Desensibilisierung, Gewöhnung, Immunisierung vgl. Hg in den alten Versuchen J.s, spezifisch und unspezifisch (R. O. Stein) von außen und von innen. Neuestens J. der Nachweis von Desensibilisierung durch Terpentinheftpflaster gelungen. Verbände auch außerhalb der Applikationsstelle gelungen. Bedeutung für die Ekzemtherapie. Unspezifische Desensibilisierung nicht nur intern (As) und durch Röntgen, sondern auch durch externe Behandlung (akute Reizdosen und allmähliches Ansteigen der Konzentration; vielleicht auch bei den Methoden der „Protoplasmaaktivierung" unspezifische Desensibilisierung, ebenso Sensibilisierung durch Salizylinjektionen gegen Chrysarobin (?) (Hübner). Jodkali-Überempfindlichkeit bei Dermatitis herpetiformis auch lokal bedingt (Empfindlichkeit gegen Jodkali-Vaseline nur an den erkrankten Gegenden). Durch Wechsel zwischen Sensibilisierung und Desensibilisierung die Unsicherheit der Ekzemtherapie erklärt. Bedeutung der klinischen Beobachtung und der funktionellen Hautprüfung für die Ekzemlehre noch immer heuristisch sehr groß.

Sachs-Wien bespricht die Bedeutung der Desensibilisation beim Ekzem mit chemischen Mitteln.

Šamberger-Prag rückt die pathologisch veränderte Lymphzirkulation beim Ekzem in den Vordergrund.

Tachau-Braunschweig berichtet über wichtige Vergleiche der **Empfindlichkeit** Erwachsener und zwischen **Säuglingen** mit **exsudativer Diathese.** Ekzemkranke Kinder reagieren weit stärker auf äußere chemische Reize als ekzemfreie. Die Überempfindlichkeit der Haut nimmt mit der Schwere der exsudativen Diathese zu. Kinder überhaupt aber sind gegen Reize viel empfindlicher als Erwachsene.

Schumacher-Berlin demonstriert mikroskopische Bilder zum **chemischen Aufbau des Gonokokkus** (vgl. Bericht der Berl. Derm. Gesellsch.).

Erich Hoffmann-Bonn weist hierbei auf die Verwendung des **Leuchtbildes** mit Farbfiltern hin.

Habermann-Köln berichtet über die **Röntgenbehandlung der blennorrhoischen Komplikationen,** er sucht durch Bestrahlung des Penis eine Desensibilisierung der Harnröhre zu erzielen. Versuche bei Prostatitis und Epididymitis wurden wegen Aussichtslosigkeit und der damit verbundenen Gefahr aufgegeben.

Habermann-Bonn teilt einen Fall von **Argyrie nach Silbersalvarsan** (3,2 g) mit. Der Nachweis wurde auch histologisch gebracht.

Diskussion: Heuck-München warnt vor Überschätzung der Gefahr bei Silbersalvarsanbehandlung.

Galewsky-Dresden empfiehlt die Röntgenbestrahlung bei periurethralen Infiltraten, mahnt aber sonst zu großer Vorsicht.

Digitized by Google

Mucha-Wien berichtet ebenfalls über zwei Fälle von **Argyrie** nach Silbersalvarsan (1,5 g).

Krebs-Leipzig spricht über allgemeine **Richtlinien in der Blennorrhoebehandlung der Frauen.** Er warnt vor lokaler Behandlung (nur essigsaure Tonerde, Tampon vor Portio) im akuten Stadium und empfiehlt in diesem Stadium nur Vakzinetherapie, Aolan oder Terpichin. Erst 3—4 Wochen nach Abklingen der Entzündungserscheinungen darf mit der lokalen Therapie begonnen werden.

Perutz-Wien berichtet über tierexperimentelle **Versuche** mit **Monobromkampfer** ($1^0/_{00}$) auf das **männliche Genitale,** die die Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussung gewisser Fälle von sexueller Impotenz eröffnen.

Scholtz-Königsberg berichtet über **Schnellheilung** der **Blennorrhoe** bei lokaler Injektion (fünfmal täglich $0{,}6—0{,}7/_{200}$) von **Neosilbersalvarsan.** Heilung erfolgte in 5—6 Tagen.

Diskussion: F. Rosenthal-Berlin sah schon vor Jahren bei örtlicher Behandlung mit Silbersalvarsan keinen wesentlichen Fortschritt vor unseren sonst üblichen Behandlungsmethoden.

Oelze-Leipzig demonstriert ein neues Instrument zur **Blennorrhoetherapie** innerhalb der Urethralschleimhaut.

Hoffmann und Schreus-Bonn: Über **Spätschädigungen** nach **Röntgentiefenbestrahlung.** Es wird über einen Fall von Röntgenspätschädigung berichtet, bei einem Mädchen, das seit dem 14. Lebensjahr an Erythema induratum litt und dieserhalb viermal mit $^2/_3$ E. D. unter 4 mm Al.-Filter in Abständen von 1—3 Monaten bestrahlt wurde. Mehr als 1 Jahr nach den reaktionslos verlaufenen Bestrahlungen trat am linken Bein nach geringem Trauma eine massige Nekrose bis auf die Muskeln ein, am rechten Bein eine sklerodermieartige Spätinduration. Das Ulkus besserte sich nach Ausführung der Lerichescheschen Operation an der Poplitea. Auch die Induration der anderen Seite hat sich heute gebessert, wobei vielleicht ein Zusammenhang mit der Lerichescheschen Operation bestehen mag. Zur Vermeidung der Spätschädigungen sind bei chronisch infiltrativen Prozessen die Pausen zwischen den Bestrahlungen zu verlängern und die Dosen möglichst herabzusetzen.

Diskussion: Galewsky-Dresden sah 4 Jahre nach Röntgenbehandlung wegen Psoriasis Schädigungen der Haut, die gleichen Beobachtungen machten Frieboes (bei Behandlung wegen Leukämie), Hahn, v. Zumbusch, Kyrle (nach 15 Jahren).

Bettmann-Heidelberg sah Gutes von der Lerichescheschen Operation bei Sklerodermie, beobachtete aber auch Versager und mahnt zur Zurückhaltung, bis wir über den Dauereffekt etwas aussagen können.

Riehl-Wien spricht über **Starkstromverletzungen;** die „Strommarken" (Jellinek) zeigen niemals Entzündungserscheinungen, wie sie für die Verbrennungen I. und II. Grades charakteristisch sind. Ähnlichkeit existiert nur mit Verbrennungen III. Grades. Charakteristisch ist das Erhaltenbleiben der Haare, das Fehlen des Schmerzes, das Ausbleiben profuser Eiterung und septischer Symptome, wie sie bei Verbrennungen III. Grades die Regel sind, die Spätnekrose, wie sie bei Erfrierungen und Röntgeneinwirkung gefunden wird. Das histologische Bild der „Strommarken" ist dem von Verbrennungen durch hohe Temperaturen außerordentlich ähnlich, zeigt aber bei genauerer Untersuchung charakteristische Abweichungen, namentlich in der Lokalisation. Höchstwahrscheinlich sind diese Veränderungen bei den Strommarken durch Joulesche Wärme hervorgebracht und ihre Verteilung zeigt den Weg des elektrischen Stromes im Gewebe an. Da diese Wärme im durchströmten Gewebe selbst entsteht und nicht von außen in die Haut geleitet wird, erklärt es sich, daß die Haare, die sonst immer versengt werden, unverletzt bleiben.

Diskussion: Veiel-Kannstatt sah auch bei Blitzschlagverletzung nur Verbrennung unter den geschmolzenen Metallschmuckstücken.

Keller-Freiburg i. B. zeigt interessante Bilder von **Oxydasereaktionen in der Haut.** Die Oxydasereaktion nimmt ab durch Lichtbestrahlung; Einwanderung der Leukozyten nach der ersten Bestrahlung mit ultravioletem Licht. In der zweimal bestrahlten Haut ist die Reaktion wieder verschwunden. Aus diesen Versuchen müssen wir auch schließen, daß das ultraviolette Licht mindestens 2 mm in die Tiefe wirkt.

Diskussion: Rost-Freiburg i. B. betont, daß die immer angenommene Tiefenwirkung des ultravioletten Lichts hiermit bewiesen ist.

Kreibich-Prag zeigt Bilder a) von **Parapsoriasisfällen,** die mit subkornealen Pusteln beginnen, dann breite Schuppen bilden und mit flacher Atrophie heilen;

Digitized by Google

b) von einem **Lichtfall.** Sklerodermatische Veränderungen, Hyperämie, Teleangiektasien, Hämatoporphyrinurie nach Höhensonnenbestrahlung.

Diskussion: WERTHER-Dresden sah ein Salvarsanexanthem nur auf der röntgenbestrahlten Stelle auftreten.

MÜLLER-Hamburg spricht über die **Beziehungen der Haut zum autonomen Nervensystem.** Durch jeden intrakutan einverleibten Stoff — sowohl von eiweißhaltigen wie von eiweißfreien Injektionsstoffen — gelingt es, einen unmittelbar einsetzenden Leukozytensturz im peripherischen Blut zu erreichen, während bei subkutaner, intramuskulärer und intravenöser Injektion keinerlei Veränderung auftritt. Dieser Leukozytensturz ist als Sympathikusreaktion in der Haut aufzufassen, der durch die Erweiterung der Gefäße im Splanchnikusgebiet erklärt werden muß. Einfaches Bestreichen der Haut hat schon denselben Erfolg. Entzündliche Herde werden aber nicht beeinflußt.

Diskussion: GANS, VEIEL, KREIBICH, MÜLLER-Wien, HOFFMANN.

ROTHMAN-Gießen konnte chemisch die Kalziumverarmung der Haut und Erhöhung des Kalziumspiegels im Blut nach Höhensonnenbestrahlung nachweisen.

MAX JESSNER und HEINRICH HOFFMANN-Breslau: **Der Einfluß des Serums Allergischer auf Trichophytonpilze.** Die schwache Virulenz der von J. bei Lichen trichophyticus und in einem Falle tiefer Trichophytie ohne Lichen aus dem Blut gezüchteten Pilze veranlaßten zunächst Versuche, ob im Tierversuch eine schwächere Virulenz der „Blutpilze" nachweisbar ist. Vergleichende Inokulationen mit Haut- bzw. Blutpilzen des gleichen Patienten bei Meerschweinchen zeigten deutlich: normale, infiltrierte Erkrankung der mit dem Hautpilz, sehr oberflächliches schwaches Angehen bei den mit dem Blutpilz inokulierten Tieren (Demonstration). Bei Impfung mit den Retrokulturen der Tiere waren keine Unterschiede mehr zu konstatieren (zweimaliges Wachstum auf künstlichem Nährboden!).

Weitere Versuche sollten feststellen, ob die Pilze durch Aufenthalt im Serum Allergischer geschädigt werden. In in vitro-Versuchen (verschieden lange Einwirkung verschiedener Serien Allergischer und Normaler auf Sporen-Aufschwemmungen im Brutschrank, Ausstreichen genau gleicher Mengen auf Maltose-Agar) zeigten in 10 Versuchen, daß die Wachstumsfähigkeit der von „allergischem" Serum beeinflußten Pilze sehr stark beeinträchtigt wird. In einem Versuch mit dem Serum eines besonders stark allergischen Patienten (tiefe Trichophytie und Lichen trichophyticus) wurde das Wachstum schon nach 10 Minuten langer Einwirkung im Brutschrank völlig aufgehoben (Demonstration).

Die Seren agglutinierten Pilzsporen nicht und wirkten inaktiviert (1 Std. 56 Min.) in gleicher Weise. Zusatz „allergischen" Serums zum Nährboden hatte auf das Wachstum der Pilze keinen Einfluß.

Die Natur des dabei wirksamen Stoffes konnte noch nicht geklärt werden. In dieser Beziehung müssen weitere Versuche (Inaktivieren bei höheren Temperaturen, vergleichende Intradermoreaktionen mit Trichophytin-Normalserum bzw. trichophytinallergischen Serumgemischen, Filtration durch Gelatinefilter, quantitative Auswertung usw.) angestellt werden. Man muß vor allem erstreben, vom menschlichen Material unabhängig zu werden, um die Untersuchungen an Tieren (Kaninchen, Meerschweinchen) anstellen zu können.

In einem Versuch zeigte sich, daß der schädigende Einfluß nur vorübergehend in Erscheinung treten kann (Erschöpfung der Substanz?, Immunisierung der Pilze gegen die Antikörper?).

Die Ergebnisse erklären uns die große Schwierigkeit der Pilzzüchtung aus dem Blute.

Diskussion: ARZT-Wien gelang in zwei Fällen der Pilznachweis im Blut kurz vor dem Auftreten des Lichen trichophyticus.

BUSCHKE und LANGER-Berlin: **Schleimhautveränderungen** bei Ratten durch experimentelle **Teereinwirkung.**

BUSCHKE und PEISER-Berlin: **Schleimhaut- und Knochenveränderungen** bei Ratten durch experimentelle **Thalliumeinwirkung.** Nach rektalen Einläufen von Gasteer bei Ratten fanden sich mit einer ziemlichen Regelmäßigkeit Veränderungen der Vormagen-Schleimhaut, die darin bestanden, daß zunächst zirkumskript, meist am Vormagen-Magenrande und an der Ösophaguseinmündung, in vorgeschrittenen Fällen diffus über den ganzen Vormagen ausgebreitet hyperkeratotische, teils papillomatöse, teils ulzeröse, den Magen manchmal völlig ausfüllende Wucherungen entstanden. Histologisch ergab sich eine ausgedehnte Hyperkeratose, die zum Teil sämtliche Magenschichten komprimierte und auch starke proliferative Veränderungen des Stratum spinosum, das breite

Digitized by Google

Epithelzapfen, die Musc. muc. vor sich herdrängend und sie teilweise durchbrechend, in die Tiefe sandte. Es fand sich vielfach unterhalb der Epithelveränderungen eine Verbreiterung der Submukosa und kleinzellige Infiltration mit Bevorzugung der eosinophilen Zellen. Dagegen wurde nie destruktives Wachstum und Atypie der Zellkernkomplexe beobachtet. Fast die gleichen Befunde wurden an den Vormägen der mit Thallium gefütterten Ratten erhoben, die makro- und mikroskopisch der obigen Beschreibung entsprachen. Außerdem wurden neben den früheren Thalliumveränderungen (Alopezie, Katarakt, Entwicklungshemmung) schwere Störungen des gesamten Skelettsystems festgestellt, die sich in abnormer Weichheit und ausgedehnten Verkrümmungen der einzelnen Knochen zeigten. Histologisch ließ sich ein Mangel an Kalk nachweisen, so daß die am schwersten veränderten Stellen aus reinem osteoidem Gewebe bestanden.

Zur Erklärung der Veränderungen nehmen die Autoren eine Beeinflussung des endokrinen Apparates und des mit ihm in engem Zusammenhange stehenden vegetativen Nervensystems an. Für die Magenveränderungen muß eine lokale Disposition angenommen werden. Hier könnten neben endokrin-nervösen Momenten auch irgend welche lokaltoxische Einflüsse durch die vom Körper resorbierten giftigen Stoffe eine Rolle spielen.

Diskussion: Bloch-Zürich weist auf Grund seiner eignen Versuche auf die Bedeutung der Disposition der einzelnen Tiere, auf die Verschiedenartigkeit des Teers hin.

Daß die Tiere den Teer lecken und so eine Wirkung auf die Magenschleimhaut zustande kommt, muß immer ausgeschlossen werden.

Mertens-München berichtet über interessante **Pigmentveränderungen** an einem **Melanomschimmel.** Nach Injektion von abgetöteten Geschwulstzellen trat eine wesentliche Besserung des Melanoms ein. Gleichzeitig zeigte der frühere Apfelschimmel einen auffallenden Pigmentschwund und fleckenweise Färbung der Haut. Der Kopf erscheint später vollkommen weiß.

Diskussion. Moncorps-München: In 2 Fällen von menschlicher Melanosarkomatose gelang es Thannhauser, das Melanogen im Harn als Homoprotokatechusäure zu identifizieren, welche im intermediären Eiweißstoffwechsel als Abbauprodukt das Tyrosin anzusprechen ist; normalerweise geht der Abbau zur Hydrochinonessigsäure, und zwar über die Paraoxyphenylbrenztraubensäure. Es gelang die Beziehungen dieses Normal-Tyrosinabbauproduktes im intermediären Eiweißstoffwechsel zur normalen Genese des Oberhautpigmentes aufzudecken. Die Befunde Blochs über die Dopareaktion werden bestätigt. Die Zelle selbst vermag nach diesen Versuchen das zur normalen Pigmentbildung nötige Brenzkatechinderivat zu bilden, als Vorstufe kommt die aus dem Tyrosin entstandene Paraoxyphenylbrenztraubensäure in Frage.

Bloch-Zürich weist auf die von ihm stets betonte Möglichkeit hin, daß als Pigmentvorstufe auch eine andere, jedoch dem Dopa (Brenzkatechinalanin) nahestehende Substanz in Betracht kommen könnte. Die schönen Untersuchungen von Thannhauser und Moncorps berechtigen durchaus zu der vorgetragenen Arbeitshypothese.

Thannhauser-München: Die vorgetragenen Befunde gelten für das normale Oberhautpigment, man habe sicher verschiedene Pigmente zu unterscheiden auf Grund ihrer Genese und chemischen Konstitution. Man soll nicht alles schlechthin als Pigment bezeichnen. Die Befunde von Lipschütz über künstliche Pigmenterzeugung durch Teer werden von Th. nicht als echtes Pigment angesehen.

Memmesheimer-Essen: **Über physikalisch-chemische Serumuntersuchungen bei gesunden und kranken Menschen.** Bei Untersuchung der Viskosität, der Oberflächenspannung, Serumstabilität der Koagulationstemperatur und der Alkoholzahl der Schutzwirkung der Serumkolloide, fand sich bei dem Ekzem erhöhte Viskosität mit erniedrigter Oberflächenspannung, herabgesetzte Serumstabilität, erhöhte Schutzwirkung. Bei der Psoriasis bei der bis jetzt untersuchten kleinen Zahl von Fällen keine Veränderung der Viskosität und der Oberflächenspannung, geringe Erhöhung der Schutzwirkung. Beim Pemphigus sehr hohe Viskosität, stark herabgesetzter Koagulationspunkt, kleine Goldzahl. Bei Lues hohe Viskosität, große Schutzwirkung. Als Ursache wird besonders Vermehrung der Globulinfraktion im Serum angenommen.

Diskussion. Urbach-Wien: Bericht über blutchemische Untersuchungen an Ekzematikern: der Blutzuckerspiegel ist ein normaler, außer es handelt sich um ein diabetisches Individuum; die Harnsäurewerte sind nicht erhöht, doch ist auf die etwas ungenaue und schwierige Methodik (Folin-Wu) hinzuweisen. Cholesterin ist sowohl bei akuten als auch chronischen Ekzemen sehr häufig vermehrt, doch ist das keine für

Digitized by Google

das Ekzem pathognomonische Erscheinung, sondern wahrscheinlich nur der Ausdruck einer guten Reaktionsfähigkeit des Organismus.

Lamprecht-Wien berichtet über Behandlung mit **Andriol-Wismut** und Uransalben.

Diskussion: Langer-Berlin sah auch zufriedenstellende Erfolge.

F. Rosenthal-Berlin empfiehlt ein neues **Strontium**-Präparat zur intravenösen Behandlung der Urtikaria und als Vehikel bei Salvarsaninjektionen.

Heuck-Erlangen zeigt Kranke: a) einen Fall von **Naevus anaemicus,**

b) zeigt einen Knaben, Lymphangioendotheliom?

Jadassohn, Arzt, Hoffmann halten es für ein ausgedehntes kleinpapulöses **Xanthom,**

c) **strichförmiger Nävus,**

d) **Fall zur Diagnose**: 13jähr. Knabe, am Körper große Erythemringe, im Gesicht postulöses Erythem, an den Händen Angiokeratom.

Kyrle-Wien: Boecksches Sarkoid? Pirquet —.

Ehrmann-Wien: Ob Lupus erythematodes auf venöser Basis?

Jadassohn-Breslau: Bei ganz oberflächlicher Betrachtung erinnern die Herde an eine Mycosis fungoides; am ehesten handelt es sich aber um ein **Tuberkulid** an den Händen in Angiokeratomform.

Siemens-München berichtet über seine Studien über **erblich bedingte Nävi.** Auf Grund seiner Befunde bei eineiigen Zwillingen hält er eine direkte Erblichkeit für nicht vorhanden und stellt eine erblich bedingte Disposition zur Nävusbildung auf.

Kraus-Prag demonstriert eine weiße Maus, bei der die **Übertragung** von **Rhinosklerom** gelang.

Buschke und Kroó-Berlin: **Experimentelle Analogieversuche zwischen Syphilis und Rekurrens.** Zur Klärung der Frage Reinfektion und Superinfektion bei Syphilis arbeiteten B. und K. mit **experimenteller Mäuserekurrens.** Die hierbei erzielten wesentlichen Ergebnisse sind folgende: 1. Die Rekurrens-Spirochäte dringt schon im allerfrühesten Stadium der Infektion in das Gehirnparenchym ein und findet sich nur in der grauen Substanz des Großhirns, des Kleinhirns, Medulla oblongata, in der Gliagrundsubstanz und innerhalb der Gliazellen. Die Lagerung ähnelt der der Spirochaeta pallida bei Paralyse. 2. Diese Beobachtungen wurden mit zwei verschiedenen Stämmen gemacht; bei dem zweiten hatten fast alle Spirochäten im Gehirn die von Hoffmann, Meirowski u. a. beobachteten Knöpfe. 3. Nach Salvarsanbehandlung und scheinbarer Heilung (keine Spirochäten im Blut, keine Rezidive) erwiesen sich die Gehirne in 66% noch infektiös. Die Infektion verlief milder und langsamer. Dabei waren im Gehirn keine Spirochäten, nur Körnchen nachweisbar. 4. Versuche, aus diesen Körnchen Spirochäten zu entwickeln, mißlangen bisher, dagegen wurde Serum, in das Gehirnstückchen versenkt waren, infektiös. Weitere Versuche sind im Gange. 5. Heilte die Krankheit spontan, so erwiesen sich trotz bestehender Immunität die Gehirne im gewissen Prozentsatz infektiös. 6. Neuerdings wurden Versuche begonnen, um durch Kombination von Salvarsan mit neurotropen Anilinfarbstoffen ein Eindringen des Salvarsans in das Gehirn zu ermöglichen, um das Gehirn zu sterilisieren. Die Versuche sind erst im Anfang, aber die Kombination mit Chrysoidin scheint nicht aussichtslos zu sein. Für die Auffassung der Entstehung der Paralyse infolge von Frühinfektion des Gehirns, Übergehen des Kontagium in eine Ruheform und Erwachen nach Abklingen der Immunitätsvorgänge bieten diese Befunde immerhin eine Arbeitshypothese.

Diskussion: Jadassohn-Breslau verweist auf die Arbeit von Frei, der nachwies, daß reinfizierbare Tiere noch syphiliskrank sein können.

Kolle-Frankfurt a. M.: Daß die Syphilis sehr früh eine Allgemeininfektion ist, ist auch auf Grund der experimentellen Arbeiten bekannt. Im Gegensatz zu B. betont Kolle, daß eine vollkommene Sterilisierung der Tiere möglich ist, ohne daß die tödliche Dosis überschritten wird; darauf beruht unser ganzes chemotherapeutisches Arbeiten bei der Prüfung des Salvarsans.

Mulzer-München: **Neue Ergebnisse aus experimenteller Syphilisforschung,** s. M. m. W., 1923, Nr. 20.

Plaut-München zeigt im Film die **subokzipitale** Punktion bei Kaninchen und berichtet über systematische **Liquoruntersuchungen** bei syphilitischen Kaninchen. Die Untersuchung des Liquors ergab, daß beim syphilisinfizierten Kaninchen exquisiert differente Pallidaestämme vorkommen (neurotrope, dermatotrope Stämme). Leider ist unbekannt, ob der am stärksten auf das Zentralnervensystem des Kaninchens wirkende Stamm auch von einem Mensch mit Nervenlues stammt.

Digitized by Google

Neubürger-München zeigt hierzu interessante **histologische** Bilder.

Hoffmann und Zurhelle-Bonn zeigten Bilder der syphilitischen **Impfkeratitis beim Kaninchen.** Sie fanden den infiltrativen Parenchymprozessen des primären Syphiloms in manchen Fällen vorangehend ein Stadium des Ödems, das klinisch als vorübergehende, manchmal recht hochgradige diffuse bläuliche Trübung der Kornea erschien; es ließ mikroskopisch eine starke, sehr gleichmäßige Durchsetzung mit auffallend langgestreckten Spirochäten erkennen. Bei den bekannten infiltrativen Prozessen und Granulombildungen wurden Veränderungen des Hornhautepithels (Proliferation und Zerfall), Wucherungen des Endothels an der Descemet, Bildung von Gitterfasern und Fälle von seltenerem histologischen Aufbau (mit tuberkelähnlich angeordneten Epitheloidzellen, auffallender Lymphgefäßentwicklung usw.) untersucht.

Stühmer-Freiburg i. B. spricht über biologische Vorgänge im **Primäraffekt** und die von ihm seit langem studierte Modellinfektion mit Trypanomiasis. Ehe eine Generalisierung der Trypanosomen im Körper eintritt, entsteht eine negative Phase, danach erst beginnt die Antikörperbildung. Der Schanker ist ein Schutz der Trypanosomen gegen die Antikörper des Organismus. Nach der Entstehung der Allgemeininfektion ist die sterilisierende Dosis mindestens sechsmal größer als zu Anfang.

Diskussion: Kolle, Schumacher, Kyrle, Gennerich, Frühwald, Buschke, Sack, Jadassohn, Kroó, Delbanco, Ehrmann, Hoffmann berichten über das plötzliche Entstehen des Primäraffekts, über Reinduration, über Flockungsvorgänge im Schanker als Gründe seiner Härte, über Ödembildung und über die Stellen des reichsten Spirochätengehalts, über WR im Serum des Primäraffekts und Blutwassermann.

Jadassohn-Breslau weist darauf hin, daß die Frage, ob wirklich neurotrope Stämme von Pallidae beim Menschen vorkommen, nur durch sehr große Statistiken bewiesen werden kann.

Max Jessner-Breslau: **Zur Frage der salvarsanresistenten Lues.** Sogenannte salvarsanresistente Luesfälle kommen jetzt anscheinend häufiger vor. Eine wirklich befriedigende Erklärung für das Versagen des Salvarsans ist nach Ansicht des Vortragenden bisher nicht gefunden worden, und wohl auch erst möglich, wenn ein viel größeres, sehr genau beobachtetes Material vorliegen wird.

Auch der Begriff der salvarsanresistenten Lues ist noch nicht recht zu definieren. Vielleicht sind aber schon jetzt als „im engeren Sinne" resistent die Fälle herauszuheben, deren Erscheinungen von Anfang an gar nicht oder auffallend schlecht auf die übliche Behandlung reagieren.

An der Breslauer Hautklinik und von Jadassohn (Privatpraxis) sind bisher 7 Fälle beobachtet worden.

Auffallend häufig waren psoriasiforme bzw. hyperkeratotisch-rhagadiforme Effloreszenzen an den Handflächen (Demonstration), die Lokalisation im Gesicht sowie der spätsekundäre, fast zirzinäre Charakter der Erscheinungen.

Fast alle Patienten des Breslauer Materials, wie auch einzelne von anderen publizierte Fälle vertrugen das Salvarsan sehr schlecht. Dies spräche entweder für die von der Mehrzahl der Autoren angenommene Rolle des Organismus oder es erleichtert, da hierdurch kleine Salvarsandosen bedingt werden, eine Salvarsanfestigung der Spirochäten.

Für letztere Frage besonders wichtig sind die nachweisbar miteinander zusammenhängenden Infektionen: die „Partner"-Fälle. Hierbei kommt es nach Ansicht des Vortragenden besonders darauf an, wann Partner A den Partner B infiziert hat. Vortragender erörtert die verschiedenen Möglichkeiten solcher Fälle, falls es eine Salvarsanfestigung der Spirochäten gibt. Bei Beachtung des Zeitpunktes, an dem B von A infiziert wird, wird normaler Luesverlauf eines der beiden Partner verständlich und spricht nicht gegen die Annahme einer eventuellen Salvarsanfestigung. Die bisher mitgeteilten Partnerfälle (in einem Breslauer Fall waren beide Partner „resistent") werden von diesem Gesichtspunkte aus analysiert.

Therapeutisch hat sich bisher Wismut sehr gut bewährt.

Diskussion. Kolle-Frankfurt a. M.: Bei der Frage der „Resistenz" ist vor allem der Zustand des Organismus das ausschlaggebende.

Nathan-Nürnberg berichtet über 4 Fälle von primärer Lues, die von Sulfoxylatsalvarsan unbeeinflußt blieben.

Müller-Wien empfiehlt zur Unterstützung Vakzinetherapie; in Fällen von Salvarsanresistenz behandelt er mit Organluetin.

Erich Hofmann-Bonn empfiehlt Wechsel des Salvarsanpräparates.

Digitized by Google

Galewsky-Dresden betont, daß es sich immer nur um eine zeitige Resistenz handelt, wie wir sie seit langem von der Hg-Behandlung her kennen, Zittmannkur und Schwitzkur tun dann oft Wunder.

Jadassohn-Breslau: Daß der allergische Zustand des Organismus bei der Beurteilung dieser Frage immer zuerst in Betracht zu ziehen ist, ist natürlich das nächstliegende und selbstverständliche.

Nast-München rät zur Wismutanbehandlung.

Volk-Wien glaubt, daß in diesen Fällen auch katalytische Vorgänge eine Rolle spielen.

Arndt-Berlin beobachtete in den letzten Jahren nur 8—10 Fälle von Lues, deren Erscheinungen auf Salvarsan nicht reagierten. Die palmare Lokalisation sah er dabei nie. Er berichtet über seine letzte Beobachtung, einen Patient mit gummöser Erkrankung der Nase — auf Grund einer Probeexzision war von anderer Seite die Diagnose Karzinom gestellt worden —, dessen Erscheinungen trotz intensiver Salvarsankur und Kalomelinjektionen kaum beeinflußt wurden und erst unter einer ordentlichen Schmierkur abheilten. Der Patient zeigte dauernd eine negative WR.

Pinkus-Berlin sah schon zur Altsalvarsanzeit anscheinend salvarsanresistente Fälle und meist im Gesicht lokalisierte großpapulöse Syphilide während oder kurz nach Schluß der Behandlung auftreten. Aber eine wirkliche Resistenz gibt es nicht; beim Wechsel des Salvarsanpräparates konnte Heilung erzielt werden.

Szilvasi-Oldenburg demonstriert instruktive Spirochätenfärbungen.

Gennerich-Kiel spricht über den histologischen Nachweis und die **Bedeutung der Liquordiffusion bei Paralyse.** Die normale Pia bildet einen Schutzwall gegen den Liquor. Die Paralyse entsteht, weil die erkrankte Pia durchlässig geworden ist.

Kyrle-Wien beobachtete auffallende **Besserung** des Liquors und klinischen Befundes bei gegen die frühere Therapie resistenten Fälle von **latenter Nervenlues** nach **Malariainfektion.**

Bruhns-Berlin berichtet über seine Untersuchungen, die ergaben, daß bei intravenöser Salvarsanbehandlung so gut wie nie Arsen in größeren Mengen im Liquor nachweisbar war.

Eskuchen-München berichtet über die **Punktion der Cysteona cerebelli medullaris.**

Zieler-Würzburg ist nicht davon überzeugt, daß die intralumbale Behandlung mehr leistet als die kombinierte intravenöse Salvarsanbehandlung. Er warnt vor Überschätzung einzelner angeblich sicherer Liquorreaktionen.

Delbanco-Hamburg berichtet über Malariabehandlung bei Paralyse.

Bloch-Zürich weist darauf hin, daß wirklich beweisende große Statistiken, durch die die Überlegenheit der intralumbalen Behandlung bewiesen werden könnte, fehlen. Gennerichs Anschauungen sind nur als Arbeitshypothese aufzufassen. Die Befunde sind nur am Sektionsmaterial erhoben; ob die Verhältnisse an der Pia während des Lebens so liegen, ist absolut nicht bewiesen.

Schönfeld-Greifswald: a) **Neuere Eiweißproben in der Rückenmarksflüssigkeit.** Es wurden an einem Material von 486 Rückenmarksflüssigkeiten Verwandte des Ammoniumsulfates, wie das Natriumsulfat, ferner das Kaliumazetat, weiterhin Verwandte der Karbolsäure, wie das zweiwertige Phenol „Resorzin", das dreiwertige „Pyrogallol" und das einwertige Phenol „Kresol", schließlich auch die Gerbsäure auf ihre eiweißfällende Wirkung in der Rückenmarksflüssigkeit untersucht.

Dabei ergab sich, daß das Natriumsulfat bei schweren Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit keine sichtbare eiweißfällende Wirkung hatte, ebensowenig das Kaliumazetat bis auf einen Fall von Paralyse.

Dagegen fällten die Phenole und auch die Gerbsäure das Eiweiß aus, und zwar von diesen wieder das Resorzin in einer Weise, daß es sich als Eiweißnachweismittel für laufende Untersuchungen eignet.

Diese Resorzinprobe steht in ihrer Empfindlichkeit etwa in der Mitte zwischen der Ammoniumsulfatprobe von Nonne und der Karbolsäureprobe von Pandy.

Auch die Tanninprobe in derselben Untersuchungsanordnung als 0,2%ige wäßrige Lösung scheint brauchbar zu sein.

Die Ablesung hat sofort zu erfolgen. Bei positivem Ausfall zeigt sich ein feiner, dem niederfallenden Tropfen folgender Schleier.

(Die ausführliche Arbeit erscheint im Arch. f. Derm., 1923.)

b) **Sinuspunktion und intrasinuöse Salvarsanbehandlung bei Säuglingen mit angeborener und erworbener Syphilis.**

Digitized by Google

Die Sinuspunktion zur Blutgewinnung ist beim Säugling die Methode der Wahl. Intrasinöse Salvarsanzuführung kann nur im Krankenhaus und von technisch Geübten vorgenommen werden. Säuglinge bis zu einem halben Jahr kommen hierbei in Betracht. Die eigenen Erfahrungen beziehen sich bisher auf 63 solcher Eingriffe. (Vgl. M. m. W., 1923, Nr. 18.)

Ramel-Zürich spricht zur Pathogenese des **Lupus erythematodes.**

Auf Grund der Vergleiche von intrakutaner Tuberkulinimpfung an gesunder Haut und erkranktem Herd, wo er dieselbe Reaktion beobachten konnte, kommt er zu dem Resultat, daß es sich nicht um eine Umstimmung der Haut, sondern um eine Umstimmung des Virus selbst handeln muß.

Diskussion: Volk-Wien meint, an der tuberkulösen Natur des Lupus erythematodes würde wohl kein Zweifel bestehen und demonstriert ein Röntgenbild von Knochenveränderung an der rechten Hand bei Lupus erythematodes.

Jadassohn, Veiel, v. Zumbusch weisen darauf hin, daß es sich beim Lupus erythematodes um ein Syndrom verschiedener Ätiologie handelt; neben Fällen bei sicher tuberkulösen Individuen bleiben bis jetzt immer noch Fälle, bei denen die tuberkulöse Grundlage absolut nicht bewiesen ist.

Arzt und Kummer-Wien berichten über das Auftreten sowohl klinisch als auch histologisch an **Skrofulodermata** erinnernder Hautveränderungen, wie sie an einer großen Anzahl von Patienten, welche mit Injektionen von Neutuberkulin-Bazillen-Emulsion aus dem staatlichen serotherapeutischen Institut in Wien behandelt wurden, an den Injektionstellen beobachtet werden konnten. Diese Erscheinungen ließen sich auch bei tuberkulösen Individuen experimentell erzeugen. Interessant ist, daß trotz dieser unangenehmen Begleiterscheinungen obiges Präparat von den Ärzten vielfach anderen vorgezogen wird und es ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daß gerade in dem Auftreten der Hauterscheinungen eine therapeutische Komponente gelegen ist.

Diskussion: Klingmüller-Kiel weist auf seine schon 1900 erschienene Arbeit über dieselben Erscheinungen durch Bazillentrümmer im Alttuberkulin hin.

Brünauer-Wien berichtet über **Morbus Darier** in **drei Generationen,** alle Befallenen zeigten auch deutliche **Seborrhoe.**

Diskussion. Arndt-Berlin: Oft sind die anscheinend seborrhoischen Herde histologisch sicherer Darier.

Arzt-Wien: **Zur Klinik und Pathologie der Sproßpilzerkrankungen.** 36jähr. Patientin, seit 15 Jahren in Wien ständig beschäftigt, zeigt ein klinisch uncharakteristisches Ulkus an der rechten Wange, einen follikulären Entzündungsprozeß, fast symmetrisch gelagert, links. Demonstration von Bildern und Moulagen: Histologisch; unspezifischer Befund mit dem Auftreten von großen blasigen Zellen, welche bei der Gram-Weigert-Färbung runde, grampositive, sproßpilzähnliche Gebilde enthielten. Solche Einschlüsse finden sich in den Epidermiszellen, besonders reichlich in der Kutis, weit in die Tiefe hinein noch auffindbar. Daneben geringgradige entzündliche Reaktionen, vereinzelt Riesenzellenbildungen im Gewebe. Kulturell wurde aus beiden Affektionen eine Hefe von außerordentlich polymorpher Form isoliert. Dieselbe zeigt besonders gutes Wachstum auf Zuckernährböden. Auf zuckerhaltigen Nährböden wurde bei einigen Zuckerarten Säurebildung gefunden. Bei dreimaliger Blutkultur gelang es einmal, aus dem Blute der Patientin eine Hefeart zu kultivieren, welche sich aber morphologisch von den aus dem Hautprozeß isolierten Hefestämmen unterscheidet. Im Tierversuch zeigt der aus dem Hautprozeß gewonnene Hefestamm eine hohe Pathogenität, er führt in kurzer Zeit zur Bildung von mächtigen Tumoren und Veränderungen der regionären Lymphknoten und gibt ein ähnliches histologisches Bild, wie es im menschlichen Krankheitsprodukte gefunden wurde. Auf Grund der Untersuchungen kann wohl gesagt werden, daß der aus der Haut isolierten Hefe eine pathogene Bedeutung zukommt, so daß Plaut, welcher in die Präparate Einsicht nahm und den Stamm beurteilte, sich für eine Blastomykose aussprach. Pribram bezeichnet den kultivierten Sproßpilz als eine Hefeart, welche am meisten der von Buschke beschriebenen nahesteht und rechnet dieselbe auf Grund der Einteilung von Sasakawa zur Gruppe der Torulae. (Projektion und Demonstration von histologischen Präparaten. Ausführliche Publikation erscheint an anderer Stelle.)

E. Hoffmann-Bonn: Über **Skleroedema** (Scleremia) **adultorum** nach Grippe mit Veränderungen an den kutanen Nerven. Vgl. Klinische Wochenschrift, 1923, Nr. 21.

Digitized by Google

H. Hofmann-Breslau: **Kalk, Mucin, Myxödem, Sklerodermie, Kalzinose.** An Hand eines in der Breslauer Klinik beobachteten Falles von atypischem, planem, im Gegensatz zur tuberösen, diffusen Form, zirkumskripten Myxödems mit Schleimnachweis in der Haut, macht H. unter Anführung von einigen sehr seltenen Fällen auf die bisher noch kaum beachteten Beziehungen zwischen Sklerodermie, Pokilodermie und Kalk aufmerksam.

Buschke und Sklarz demonstrieren eine Moulage eines neuen beobachteten Falles von **Keratodermia disseminata symmetrica.**

Gans-Heidelberg zeigt ebenfalls schöne Bilder von **Keratoma periporale.**

Arzt und Fuhs-Wien berichten über verschiedene seltenere Keratosen der Handteller und Fußsohlen, die auf Grund ihrer Familiengeschichten sämtlich unter die erblich bedingten Hautaffektionen — Genodermatosen — eingereiht werden können. Sie umfassen diffuse, streifen- und kleinherdförmige Verhornungsanomalien. Abgesehen von einem Keratoma hereditarium, verdienten ein Patient mit einer inselförmigen Keratose und mächtiger Verdickung der Nagelplatten sowie leukoplakischer Mundschleimhautveränderungen (Riehl) und 5 Fälle ausgeprägtem **Keratoma dissipatum** mit eigenartigen, warzigen, zentral gedellten Effloreszenzen ein besonderes Interesse.

Justus-Budapest demonstriert zahlreiche Präparate und Moulagen von **Blastomykose.**

Rocha da Lima-Hamburg führte in einer großen Reihe von Projektionsbildern pflanzliche Parasitenkrankheiten, vornehmlich tropischer Herkunft vor, Histoplasmose Lymphangitis epizootica, Oidiomykosis von Gilchrist, Dermatitis verrucosa, Granuloma venereum, klimatische Bubonen.

Stein-Wien berichtet a) über Nagelveränderungen bei **Alopecia areata.** (Bei jedem Schub der Alopezie kam es zu charakteristischen Nagelveränderungen.)

b) weist darauf hin, daß beim Manne in der Pubertätszeit der Haarrand an den sogenannten hohen Ecken (Geheimratsecken, Ehestandswinkel) normalerweise zurückgeht **(Calvities frontalis adulescentium),** während dieser Rückgang der kindlichen Stirnhaargrenze bei Frauen erst im vorklimakterischen Alter eintritt und auch bei eunuchoiden Männern und bei der Dystrophia adiposogenitalis fehlt. In der Pubertät kommt es also nicht nur zum vermehrten Haarwuchs (Körperhaar), sondern auch zur Verringerung des Haarkleides an anderen Stellen.

Diskussion. Pulvermacher-Berlin: Die Keimdrüsen sind hiernach zur Regulation des Kopfhaares nicht nötig.

Buschke und Pinkus-Berlin erinnern an die Vorderhauptglatze des Orang-Utans, die nach Friedenthals Untersuchung mit dem Schädelwachstum zusammenhängt.

Stern-Düsseldorf berichtet über das Auftreten eines **Pemphigus foliaceus** nach Ponndorf-Impfung.

Diskussion. Kreibich-Prag: Zur Diagnose Pemphigus gehört, daß man nicht weiß, woher das Leiden kommt.

Volk-Wien sah nach Ponndorf Versager und Meningitis.

Kolle-Frankfurt a. M.: **Experimentelles über Wismuttherapie.** Die im Oktober 1922 auf der Versammlung südwestdeutscher Dermatologen vorgetragenen experimentellen Studien (vgl. Bericht in dieser Zeitschrift, Bd. 76, S. 177) wurden fortgeführt. Wie das Hg besitzt Bi auch keine direkte Wirkung auf die Spirochäten; von den direkt auf die Spirochäten wirkenden Salvarsanpräparaten wissen wir, daß zu ihrer Wirksamkeit das Vorhandensein einer Amidogruppe unbedingt erforderlich ist. Vielleicht läßt sich durch Einschaltung einer Amidogruppe die Wirksamkeit der Wismutpräparate erhöhen. Ein Wismutpräparat mit einem günstigen chemotherapeutischen Index kennen wir noch nicht; überhaupt fehlen bei den meisten zur Zeit im Handel befindlichen Präparaten die vom wissenschaftlichen Standpunkt zu fordernden experimentellen Prüfungen auf den chemotherapeutischen Index, wie wir sie vom Salvarsan her kennen.

Ausschlaggebend für die Wirkung eines Wismutpräparates sind auch die Resorptionsverhältnisse, deshalb ist zur experimentellen Prüfung das Röntgenbild unbedingt erforderlich (Demonstrationen zahlreicher Röntgenbilder). Die günstigsten Resorptionsverhältnisse verspricht bis jetzt Bi in einer Zuckerlösung von bestimmter stereochemischer Zusammensetzung.

Heuck-München berichtet über Günstiges vor allem mit Bismogenol.

Hugo Müller und Blass-Mainz berichten über ihre ausgedehnten experimentellen Studien über **Wismutresorption im Gewebe** an Hand von mikroskopischen Präparaten

Digitized by Google

und Röntgenbildern. Sie haben vor allem mit Nadisan gute therapeutische Erfolge gehabt, das schnell vom Orte der Einspritzung aufgesaugt und langsam ausgeschieden wird.

Jadassohn-Breslau: Wenn auch die experimentellen Untersuchungen über Wismut noch nicht abgeschlossen sind, so sind wir doch auf Grund aller bis jetzt vorliegenden klinischen Erfahrungen berechtigt, Wismut statt Hg zur Behandlung bei sekundärer Lues zu empfehlen. Auf Salvarsan wird man in keinem Fall verzichten. Jadassohn behandelt Lues II (nicht primäre seronegative Lues!) erst mit Wismut, und schließt an die Wismutkur die sonst übliche Salvarsankur. Verwandt wurde vor allem Bismogenol.

Brünauer-Wien demonstriert eine molekulardisperse Lösung eines Komplexsalzes des Quecksilbers.

W. Ostwald gibt hierzu die kolloidchemischen Grundlagen mit Demonstrationen.

J. Schumacher-Berlin: **Worauf beruht die spezifisch spirillozide Wirkung des Salvarsans?** Sowohl die Nukleine als auch die basischen Eiweißkörper der toten Zelle vermögen die Salvarsanpräparate zu binden. Es erfolgt weder eine Fixierung des Salvarsans durch einen Orthoaminophenolozeptor noch durch einen Arsenozeptor, sondern das ganze Molekül wird in toto gebunden. Chemisch entstehen additionelle Salze.

Die hohe Reduktionskraft verdankt das Salvarsan je einer Hydroxyl- und Aminogruppe, die diese Fähigkeit auch noch nach der Bindung des Moleküls an die Zelle besitzen.

Die lebende Zelle bindet kein Salvarsan, wohl aber dessen Oxydationsprodukte, die in vivo aus ersterem erst allmählich in statu nascendi entstehen.

Die Spirochaeta pallida ist ein nukleinsäurefreier und damit ein sehr sauerstoffarmer Parasit, während die Körperzelle als sehr sauerstoffreich zu gelten hat, da sie primäre Sauerstofforte im Sinne Unnas enthält. Die pharmakologische Wirkung der Arsenikalien kommt nun dadurch zustande, daß das Arsen hemmend auf Oxydationen und oxydative Synthesen einwirkt und bei einer gewissen Konzentration im Blut die sauerstoffarmen Spirochäten dieser Wirkung bereits zu einer Zeit erliegen, wenn die sauerstoffreicheren Körperzellen noch lange nicht im gleichen Maße dadurch geschädigt worden sind. Die stärkste Wirkung unter den Arsenikalien besitzen daher diejenigen Präparate, die außerdem stark reduzierend wirken, weil dadurch die erwähnten Unterschiede im günstigstem Sinne weiterhin ausgenutzt werden. Aus diesem Grunde haben das Aminophenolarsenoxyd und das Salvarsan den günstigsten therapeutischen Index 1/20 und 1/50.

Die geringere Giftigkeit des Salvarsans gegenüber dem Aminophenolarsenoxyd beruht darauf, daß es Ehrlich durch Schaffung des Chromophors As = As meisterhaft gelungen ist, dem Salvarsan den stürmisch toxischen Effekt zu nehmen, der seinen stark spirillozid wirkenden Umwandlungsprodukten, den Arsenoxyden zukommt, da diese aus dem Salvarsan infolge dessen chemischer Konstitution erst langsam in statu nascendi im Körper entstehen können.

Am wirksamsten sind arsenhaltige Körper mit vorwiegend basischer Natur, die fast ausschließlich durch solche mit III-wertigen Arsen repräsentiert werden, während Präparate, die mehr sauren Charakter zeigen, dystherapeutisch wirken. Dahin gehören fast alle Arsenikalien mit V-wertigem Arsen.

Dementsprechend sind die Anforderungen, die wir bis jetzt an ein chemotherapeutisch wirkendes Antisyphilitikum zu stellen haben, die folgenden: Das Mittel muß imstande sein, als solches oder besser noch eines seiner langsam in vivo entstehenden Umwandlungsprodukte mit der lebenden Zelle in chemische Reaktion treten zu können, es muß auf oxydative Synthesen hemmend einzuwirken vermögen und zur Erlangung einer möglichst optimalen Wirkung starke Reduktionskraft besitzen. Es muß ferner ein Körper vorwiegend basischer Natur sein, möglichst frei von sauren Gruppen (keine karboxylierten und sulfurierten Derivate), aus den oben erörterten Gründen. Antimon- und Vanadiumpräparate, die diesen Anforderungen chemisch entsprechen, dürften u. a. ebenfalls eine gute therapeutische Wirkung besitzen, wie das ja bereits zum Teil die empirisch gewonnenen Ergebnisse des Tierversuches bewiesen haben.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Therapie der luetischen Aortenerkrankungen, von Franz Mock-Nauheim. (M. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1309.) Unbedingte Empfehlung der Salvarsanbehandlung (Salvarsannatrium) mit Pausen durch 2—3 Jahre unabhängig von dem Ausfall der WR. Gegenanzeigen: Große Schwäche, stärkere Insuffizienz des Herzens oder der Nieren, schwere, sehr häufige Anginaanfälle, schwere innere Krankheiten, besonders der Leber oder Niere. Kann die Behandlung nicht gründlich durchgeführt werden, verzichte man lieber auf die gefährliche Anbehandlung! Quecksilber wird nach einer Salvarsankur gegeben, kommt nur bei Wurzelaortitiden und Koronaraffektionen der frischen Stadien und auch da nur bei kräftigen, jugendlichen, sonst organgesunden Personen in Frage. Es ist nicht ungefährlich und hilft im Alter nichts. Sehr günstig wirkt Jod. Gegenindikationen: Hyperthyreoidismus und stärkere Nierenschädigung. 1—2 Monate, am besten in den salvarsanfreien Zeiten, alle 1—2 Monate, Jahre lang. Daneben die bekannten symptomatisch wirkenden Arzneimittel, bei Aneurysmakranken gelegentlich kleine Aderlässe, Allgemeinbehandlung, Diät, Diurese und vorsichtige Kohlensäurebäder; letztere nie gleichzeitig mit Salvarsankuren und nur, wenn das Herz noch nicht gelitten hat oder nur geringe Insuffizienzerscheinungen bestehen.

A. v. Notthafft-München.

Über die unspezifische Therapie und Prophylaxe der progressiven Paralyse, von Oskar Fischer-Prag. (M. Kl., 1922, Nr. 13, S. 402.) Technik der Nukleintherapie. Benutzt wird eine 10%ige Lösung, die Injektionen erfolgen subkutan an der Außenseite der Vorderarme oder in die Rückenhaut, beginnend mit etwa $2^1/_2$ ccm und steigend bis auf 10 ccm. In Pausen von je 2—3 Wochen sind 3—4 solcher Serien notwendig.

G. Heymann-Elbing.

Zur Frage der Syphilisbehandlung, von L. Arzt-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 563.) Auf Grund ausgedehnter Versuche empfiehlt Verf. drei neue Präparate: 1. Ein Jodpräparat „Jodhexarin", das in Ampullen zu 10 ccm erhältlich ist und intravenös 5—20 ccm auf einmal verabfolgt wird. Es ist Jodkalziumhexamethylentetramin. Da Hexamethylentetramin im Liquor ausgeschieden wird, schien es für Nervenluesfälle besonders geeignet; die Kalziumkomponente soll unangenehme Nebenwirkungen, die auch nie beobachtet wurden, verhindern. Subjektive Besserung wurde beobachtet, eine Einwirkung auf die Liquorveränderungen dagegen nicht. 2. Transfusan — kolloidale Gummilösung — soll neben der Hg-Salvarsankur als unspezifischer Reizfaktor begünstigend auf den Verlauf der Kur und den Heilerfolg einwirken. Bei diesem Präparat konnten objektive therapeutische Erfolge beobachtet werden. 3. Jodtransfusan — eine Verbindung von 1. und 2. mit der gleichen Indikation und ebenfalls wie die anderen intramuskulär — recht schmerzhaft — oder besser intravenös verabfolgt. Die Reaktionserscheinungen sind geringer als beim Transfusan, das energische Reaktionen hervorruft. Von den drei Mitteln empfiehlt Arzt besonders das Transfusan zur die Hg-Salvarsankur unterstützenden unspezifischen Reiztherapie.

E. Langer-Berlin.

Über die Beziehungen der Frühbehandlung der Syphilis zum Ausbruch der spezifischen Nervenkrankheiten, von O. Marburg. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 616.) An einem wenn auch kleinen Material — 201 luetische Nervenerkrankungen unter 4060 Nervenkranken — hat Verf. die Frage des Einflusses der Therapie auf die Entstehung resp. Verhütung luetischer Nervenkrankheiten geprüft. Es sind nur Fälle herangezogen, die 10 Jahre nach der Entdeckung des Salvarsans zur Beobachtung kamen. Zunächst ergibt sich, daß zwischen schlecht und gut behandelten — unter guter Behandlung versteht Verf. eine mindestens 3—4jährige fortlaufende Behandlung mit Salvarsan, Quecksilber oder beidem — Kranken bezüglich des Ausbruchs einer Nervenkrankheit kaum eine Differenz besteht. Interessant sind die gegenübergestellten Fälle der reinen

Digitized by Google

Hg- und der Salvarsanbehandlung bezüglich ihrer Einwirkung auf das Intervall bis zum Ausbruch der Nervenkrankheit. Es findet sich bei der Lues cerebrospinalis ein fast $^3/_4$ kürzeres Intervall der reinen Salvarsanbehandelten gegenüber den Hg-Behandelten, ein $^2/_3$ so kurzes bei der Tabes und bei der Paralyse ein etwa $^1/_2$ so langes Intervall. Es zeigt sich also, daß selbst bei energischster Behandlung — es sind Fälle darunter, die sehr ausgiebig behandelt wurden — die reine Salvarsanbehandlung die Zeit bis zum Ausbruch einer Nervenkrankheit wesentlich verkürzt. Deshalb ist auch bei gut und best behandelten Fällen vor zu großem Optimismus über den Erfolg der Therapie zu warnen, denn die beste Behandlung bietet auch keinen Schutz vor nervösen Spätfolgen.

E. Langer-Berlin.

Die Therapie der Metalues, von A. Pilcz-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 8, S. 372.) Im Rahmen eines Fortbildungskursus erstattetes Sammelreferat. Auch ausgiebigste Syphilisbehandlung ist bei unsern heutigen Methoden kein unbedingt sicherer Schutz gegen Metalues. Bei Krankheits- und Therapiebeurteilung ist der Hauptwert auf den klinischen Befund zu legen, der durch die serologischen Methoden nur unterstützt, durch diese allein aber nie ersetzt werden kann. Die rein spezifische Therapie (Salvarsan, Hg, Wismut, Jod) ist allein nicht imstande, die Paralyse nennenswert zu beeinflussen. Erfolge mit der endolumbalen Behandlung müssen kritisch beurteilt werden. Mehr ist mit der unspezifischen Therapie zu erreichen, besonders der Malariabehandlung oder, wo diese nicht durchführbar ist, mit der Tuberkulin-Quecksilber- und Typhusvakzinetherapie. Auch andere Fieberbehandlungsmethoden, z. B. mit Milch, Phlogetan usw., sind zu versuchen. Bei Tabes bietet die spezifische Therapie mehr Aussicht. Verf. empfiehlt intermittierende kombinierte Behandlung und warnt vor endlosen Dauerkuren. Die Wiederholungskur muß sich nach dem Zustande des Patienten richten. Eine ausführliche Literaturangabe ergänzt die Arbeit.

E. Langer-Berlin.

Endolumbale Salvarsantherapie bei syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, zugleich zur Frage der Liquorlues, von A. Wittgenstein. (Zschr. f. kl. Med., Bd. 95, H. 4/6, S. 293—320.) Verf. hat an 300 Fällen die endolumbale Salvarsantherapie durchgeführt. Sie ist persönlich mit ihren Erfolgen bei asymptomatischer Lues meningealis sehr zufrieden; bei Lues cerebri, Lues cerebrospinalis und Tabes waren, wie sie sich ausdrückt, die klinischen Resultate vielleicht nicht über das hinausgehend, „was man an sich auch mit konsequenter venöser Salvarsanbehandlung erreichen kann, wohl aber über das, was man in einzelnen Fällen damit erreichen konnte". Bei Paralyse zeigte sich kein Erfolg. Die allgemeine Anwendung der endolumbalen Behandlung ist aber nicht zu empfehlen. Jede Therapie hat in jedem Falle Liquorsanierung zu erstreben. Ernstere Schädigungen hat die Verf. nie gesehen, nur vorübergehende Detrusorparesen und heftige lanzinierende Schmerzen als Zeichen der Irritation durch die endolumbale Therapie. E. Sklarz-Berlin.

Noch einmal zur Behandlung der Aortitis luica, von Schottmüller-Hamburg. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 175—176.) Die Behandlung der Aortenlues mit Hg und Salvarsan wird um so erfolgreicher sein, je früher sie begonnen wird und je länger — mindestens 3 Jahre — sie fortgesetzt wird. Dasselbe gilt auch für die Aortitis aneurysmatica. F. Harry-Wiesbaden.

Der gegenwärtige Stand der Syphilisbehandlung (Les données actuelles du traitement de la syphilis), von A. Levy-Franckel. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 47.) Unter Zurückstellung der noch zahlreichen strittigen Punkte sollen hier dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft entsprechende Anweisungen für den Praktiker gegeben werden. Die Primärperiode wird nur bis zum Auftreten der positiven WR gerechnet und in eine Latenzperiode (vor Auftreten des Schankers) und eine Periode des Schankers geteilt. Für die erstere kommt die Präventivbehandlung in Betracht, die jedoch nur statthaft ist, wenn bei der Person, mit der der angeblich infizierende Koitus stattgefunden hatte, infektiöse Erscheinungen nachgewiesen werden können, der Nachweis einer positiven WR wird nicht für ausreichend gehalten. In den ersten 2 bis 3 Tagen nach dem Koitus genügen 4 Einspritzungen von 0,15—0,6 Neosalvarsan in Pausen von 2—3—5 Tagen, ist der Koitus länger als 3 Tage her, 6 Einspritzungen, die beiden letzten 0,75. Die Periode des Schankers ist das Feld für die Abortivbehandlung, die aussichtsreich erscheint innerhalb der ersten 38 Tage nach der Infektion (die jedoch oft schwer festzustellen) bzw. der ersten 7 Tage des Schankers. Am geeignetsten erscheinen zur Zeit 6—7 g Neosalvarsan, möglichst bald von 0,15 in Pausen von 5 Tagen bis 0,6 steigen, dann in 8tägigen Pausen beim Manne bis 0,9, bei der Frau bis 0,75.

Digitized by Google

Nach 3—4 Wochen wiederholte Serie, dann WR, die gewöhnlich negativ, dann 20 Einspritzungen von Wismut, nach zweiter WR zweite Wismutserie. Im Laufe des zweiten Jahres Lumbalpunktion und Reaktivierung, falls diese negativ ausfallen, kann Patient als geheilt gelten. Im Sekundärstadium, das praktisch anzunehmen ist, wenn der Schanker über 14 Tage alt ist, kann auf Abortivheilung gerechnet werden, wenn die WR negativ war und blieb. Sonst muß die Behandlung auf 3 Jahre ausgedehnt werden, beginnend mit 3—6 intravenösen Einspritzungen von Quecksilberzyanür, dann wiederholte Serien von 9—10 Neosalvarsaneinspritzungen, auch wenn nie wieder manifeste Erscheinungen aufgetreten waren. Später evtl. noch Quecksilberzyanür oder Wismut. Durch letzteres kann besonders auch durch Salvarsan nicht zu beeinflussende WR negativ gemacht werden. Lumbalpunktion soll möglichst im 4. und 10. Jahre wiederholt werden. Für tertiäre Syphilis sind die verschiedenen Mittel zu kombinieren, bei gewissen keratotischen Formen an Handflächen Kalomeleinspritzungen, bei Magensyphilis Quecksilbersuppositorien, bei Lebersyphilis mit Hg beginnen, evtl. dann Salvarsan, für Nervensyphilis scheint jetzt besonders Wismut in Betracht zu kommen.

E. Levin-Berlin.

Betrachtungen eines Praktikers über die Behandlung der Syphilis (Réflexions d'un praticien à propos du traitement de la syphilis), von L. Brocq. (Presse méd., 1922, Nr. 39.) Die Methode der subkutanen, intramuskulären, intravenösen Einspritzung kaustischer und toxischer Substanzen, wie Salvarsan und Quecksilber, kann nicht, wie das vielfach behauptet wird, als eine ideale in bezug auf eine exakte Dosierung des Medikamentes betrachtet werden. Es ist stets zweifelhaft, welche Menge zur Resorption und Wirkung kommt, und es bestehen dabei besondere Gefahren, z. B. beim grauen Öl, das nur als äußerstes Mittel beim Versagen aller anderen Methoden in Frage kommen sollte. Bei der Quecksilberbehandlung ist von diesem Standpunkte aus den Einreibungen und selbst der inneren Anwendung der Vorzug zu geben. Die Schädigungen schwererer Natur scheinen bei der intravenösen Anwendung des Salvarsans größer zu sein als bei der intramuskulären, so daß es berechtigt ist, nach neuen Kompositionen zu suchen, die eine solche ermöglichen; das scheint in weitem Umfange der Fall zu sein bei dem Eparseno (132) von Pomaret. Ob die großen Dosen der angewendeten Medikamente, zu denen man im Laufe der Zeit gekommen ist, wirklich berechtigt oder für die Heilung der Krankheit erforderlich sind, erscheint sehr fraglich. Daraus, daß unter Umständen in einem Krankheitsfalle eine früher übliche schwache Dosis nicht genügte und erst eine starke ausreichend wirkte, darf man nicht den Schluß ziehen, daß nun in jedem Falle die letztere anzuwenden sei. Das Bestreben muß dahin gehen, die geringste wirksame Dosis und die geeignetste Art der Applikation zu finden. So kommt auch sehr viel darauf an, das für das betreffende Individuum, die Periode und die Lokalisation der Krankheit geeignete Präparat zu wählen (intravenöse Einspritzungen von Quecksilberzyanür bei Augenstörungen, Kalomel bei gummösen Zungenaffektionen und einseitigen tertiären Syphiliden der Handflächen und Fußsohlen, Schmierkur in Verbindung mit Jodkali bei serpiginösen, tubero-ulzerösen Späterscheinungen.) Zur Zeit liegen die Verhältnisse so, daß man noch nicht umhin kann, für die Primärfälle die möglichst starken intravenösen Salvarsaneinspritzungen zu empfehlen, und zwar in erster Linie Altsalvarsan; es steht zu hoffen, daß man sie wird durch die intramuskulären Einspritzungen von Eparseno ersetzen können. (Die Wismutbehandlung ist für diese Arbeit noch nicht berücksichtigt worden.) E. Levin-Berlin.

Zur Syphilisbehandlung, von Joh. Fabry. (M. Kl., 1922, Nr. 43, S. 1369.) Die Kupierung der Syphilis gelingt um so sicherer, je früher post infectionem die Behandlung einsetzt, d. i. ungefähr 2 Wochen, höchstens 3 Wochen nach der Infektion bei primären Ulzera. Hier kann eine Behandlung von etwa 6 Salvarsaninjektionen (0,45 Neosalvarsan oder 0,2 Silbersalvarsan) genügen, in den anderen Fällen muß die Behandlung schon viel intensiver (10 Salvarsan und 10 Quecksilber) sein, also fast wie bei sekundärer Lues. M. Stern-München.

Ein Beitrag zu dem Problem der vorbeugenden Salvarsanbehandlung, von A. Pöhlmann-München. (M. m. W., 1923, Nr. 8, S. 241.) Ein mit Ulcus mixtum behafteter Ehemann steckte seine Frau nur mit den Streptobazillen an. Pöhlmann sieht in dem günstigen Ausgang eine Bestätigung der Schönfeldschen Anschauung, die vorbeugende Salvarsanbehandlung nicht auszuführen, sondern abzuwarten, bis man klar sieht.

A. v. Notthafft-München.

Abortivbehandlung bei Lues I und Wassermann-Reaktion, von W. Bruck-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 47, S. 1624.) Drei Fälle von mißglückter Salvarsan-

Digitized by Google

abortivkur. Aus den schon früher von MEIROWSKY auseinandergesetzten Gründen soll jede Lues I mit wenigstens drei starken, im Abstand von 6—8 Wochen aufeinanderfolgenden kombinierten Kuren behandelt werden. Eine etwaige Nichtnachweisbarkeit einer Schwankung der WR nach + darf nicht in Sicherheit wiegen.
A. v. Notthafft-München.

Dreimalige Erkrankung an primärer Syphilis (Ein Beitrag zur Frage der Abortivbehandlung), von FRANZ WIRTZ, Derm. Kl. München. (M. m. W., 1923. Nr. 14, S. 429.) Erste Sklerose am Labium majus bei negativer WR am 12. XII. 1919. Insgesamt 2,4 Neosalvarsan und 0,27 Mercinol. Zweite Sklerose am Ausführungsgang der linken BARTHOLINischen Drüse am 31. III. 1921 bei negativer WR. Insgesamt 1,95 Neosalvarsan und 0,2 Mercinol. Dritte Sklerose in der Genitokruralfalte mit negativer WR am 2. VI. 1922. Die Infektionsquelle konnte jedesmal festgestellt werden. Verf. glaubt Sclerosis e residuo, Pseudoprimäraffekt, Solitärpapeln und schankriforme Papeln ausschließen zu können. A. v. Notthafft-München.

Die Technik der intravenösen Injektionen konzentrierter Salvarsanlösungen, von JOSEF R. THIEM-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 50, S. 1589, Nr. 51, S. 1623.) Für den Dermatologen nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Die Technik der intravenösen Injektionen konzentrierter Salvarsanlösungen, von FRITZ SCHLESINGER-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 10.) Gegen die vom Verf. empfohlenen Injektionen bei noch gestauter Vene war von anderer Seite die Befürchtung ausgesprochen worden, daß dadurch Thrombosen infolge von Stagnation des Salvarsans in der Vene zustande kommen könnten. Verf. hält dies für ausgeschlossen, wenn am Oberarm dicht unterhalb der Achselhöhle gestaut wird. E. Levin-Berlin.

Zur Geschichte des Neosilbersalvarsans, von A. BINZ-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 6, S. 259.) An Hand chemischer Gleichungen zeigt Verf., wie er gemeinsam mit KOLLE und BAUER an der Auffindung des Neosilbersalvarsans gearbeitet hat, bis ihnen ein auch für praktische Zwecke brauchbares Gemisch gelungen ist.
E. Langer-Berlin.

Arsenobenzolverbindungen und hypertonische Glykoselösungen (Arsenobenzènes et solutions glycosées hypertoniques), von L. CHEINISSE. (Presse méd., 1922, Nr. 86, S. 933.) Der Hauptwert der Neuerung ist einerseits in dem schnelleren Absterben der Spirochäten zu erblicken, andererseits, wie besonders DUHOT in Brüssel dies hervorhebt, in der Verhütung der nitritoiden Krisen, der durch Salvarsan bedingten Kollapszustände. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Traubenzuckerinjektionen bei Infiltraten, von GEORG KLEIN, Derm. Kl. Frankfurt. (M. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1574.) Die ödemwidrige Wirkung der hypertonischen Traubenzuckerlösung berücksichtigend, hat man in der Frankfurter Hautklinik auch bei Salvarsaninfiltraten Versuche gemacht. Kurz nach dem Auftreten des Infiltrates wurden 1—2mal je 20 ccm 50%iger steriler Traubenzuckerlösung intravenös injiziert, und zwar möglichst in dieselbe Vene peripherwärts. Teilweise günstige Resultate.
A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der Syphilis mit Neosilbersalvarsan, von E. LIEBNER und T. RADO. (M. Kl., 1922, Nr. 31, S. 996—997.) Das Neosilbersalvarsan ist ein sehr wirksames Mittel zur Bekämpfung der Syphilis. Dank seiner raschen und anhaltenden Wirkung scheint es sogar in vielen Fällen den anderen Salvarsanpräparaten überlegen zu sein. Es eignet sich für alle Formen der Syphilis. Angioneurosen zu vermeiden gelingt bei richtiger Technik. Die Erfolge einer kombinierten Quecksilber-Neosilbersalvarsankur zeigten keinen Unterschied von der reinen Neosilbersalvarsanbehandlung.
G. Heymann-Elbing.

Über die vikariierende Behandlung mit Neosalvarsan und Silbersalvarsan, von BOCKHOLT-Dortmund. (M. Kl., 1922, Nr. 42, S. 1344—1345.) In der Annahme, daß abwechselnde Anwendung verschiedener Salvarsanpräparate die Reizwirkung vermindern, d. h. weniger zu Nebenerscheinungen führen würde, wandte B. abwechselnd Neo- und Silbersalvarsan in 36 Fällen an. In 2 Fällen traten jedoch auch bei dieser vikariierenden Behandlung Hautentzündungen schwerer Art auf, in dem einen Falle sogar zu Sepsis und tödlichem Ende führend! M. Stern-München.

Versuche mit Silbersalvarsan, von FELDMANN und PERKEL. (Klinitscheskaja Medizina, 1922, Septemberheft, S. 29.) Silbersalvarsan übertrifft in seiner Wirkung die früheren Präparate. Bereits Dosen von 0,1—0,15 Silbersalvarsan kommen in ihrer Wirkung derjenigen von 0,45 Neosalvarsan bzw. 0,3 Salvarsan gleich. Dagegen sind die unangenehmen Nebenerscheinungen gleich nach den Injektionen viel stärker als

Digitized by Google

nach dem Salvarsan und Neosalvarsan. Bei allen Fällen von sekundärer Syphilis wurden mehrtägige Fiebersteigerungen bis zu 39,8° beobachtet, ferner Pulsbeschleunigungen, Kopfschmerzen und Durchfälle. Erscheinungen, die freilich in einigen Tagen wieder schwanden und den Wert des Mittels nicht beeinträchtigen können.

A. Jordan-Moskau.

Erfahrungen mit Silbersalvarsan, Neosilbersalvarsan und Sulfoxylsalvarsan bei Malaria in Niederländisch-Indien, von K. Surbeck-Batang. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 187—188.) Nach Injektion von Silbersalvarsan, Neosilbersalvarsan oder Sulfoxylsalvarsan (letzteres wird besonders gut vertragen) schwinden die Schizonten ebenso rasch aus dem Blute wie nach Chininbehandlung. Bei stark infizierten Gametenträgern reduzieren die Salvarsanpräparate die Anzahl der Gameten. Verf. sah auch gute Erfolge mit kombinierter Behandlung von Salvarsan und Chinin. Es traten bei kombiniert Behandelten nur in 10% Rezidive auf, während nach Chininbehandlung allein die Zahl der Rezidive 30% betrug. Eine provozierende Wirkung der Salvarsanpräparate ist beobachtet worden.

F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan, von Nolten-Düsseldorf. (M. Kl., 1923, Nr. 6.) Die Wirkung des Neosilbersalvarsans auf Spirochäten und klinische Erscheinungen ist eine prompte, die WR war nach der 6. Einspritzung deutlich abgeschwächt, nach der 9. meist negativ.

E. Levin-Berlin.

Bemerkungen über die Behandlung der kindlichen Syphilis mit Sulfarsenol (Remarques sur le traitement de la syphilis infantile par le sulfarsénol. Nourrissons et enfants anormaux), von G. Paul-Boncour und Jean Clement. (Progr. méd., 1922, Nr. 52.) Zur Anwendung wird das Mittel mit 2 ccm Aqu. dest. in der Ampulle gelöst. Die Injektionen erfolgen an der Außenseite des Schenkels oder über dem Schulterblatt oder in der seitlichen Rippengegend, und zwar stets streng subkutan. Es werden Serien von 10 Einspritzungen verabfolgt, die 3 ersten in Pausen von 3, die weiteren in Pausen von 5—7 Tagen; nach 3—4 Wochen Pause weitere Serie. Da es sich oft um zurückgebliebene, neuropathische, epileptische Kinder handelt, ist mit Überempfindlichkeit und funktioneller Schwäche von Leber, Niere, Herz zu rechnen, und deshalb mit schwachen Dosen zu beginnen. Man rechnet auf 2—3 kg 0,01, auf 6—7 kg $1^1/_2$ cg, auf 10 kg 2—3 cg, auf 14—15 kg 6 cg und kann allmählich evtl. bis zu 1 cg pro Kilogramm steigen. Die Erfolge mit dieser verhältnismäßig schwach dosierten Behandlung werden als sehr gute bezeichnet.

E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Aminoarsenophenol (Pomarets 132) (The Treatment of Syphilis by Intramuscular Injections of Amino-Arsenophenol [Pomarets 132]), von Marcel Bloch. (Lancet, 1922, Nr. 5179, S. 1179.) Die therapeutischen, mit Aminoarsenophenol oder Eparseno angestellten Versuche bewiesen, daß durch intramuskuläre Injektionen eine genügende Menge Arsenik einverleibt werden kann. Unter Vermeidung von Schockerscheinungen sichert diese Methode rasche Resorption des Medikaments, gefolgt von langsamer, aber genügender Elimination, wobei die Wirkungen der Akkumulation vermieden werden.

M. Stern-München.

Sulfarsenol in der Behandlung der Syphilis und einiger der Komplikationen der Blennorrhoe (Sulfarsenol in the Treatment of Syphilis and of Some of the Complications of Gonorrhoea), von F. Carminow Doble. (Lancet, Nr. 5185, S. 70.) Nach den an einer Reihe von Fällen gemachten Erfahrungen des Verf. wird Sulfarsenol intravenös und auch intramuskulär gut vertragen. Die Spirochäten verschwinden schnell aus den Läsionen; auch die Beeinflussung der WR entspricht den bei anderen Salvarsanpräparaten gemachten Erfahrungen. Der Verf. hat mehrere Fälle, die andere Salvarsanpräparate nicht vertrugen, mit gutem Erfolg mit Sulfarsenol behandeln können. Bei den Komplikationen der Blennorrhoe hat er vor allem ein schnelles Zurückgehen der Epididymitis nach Sulfarsenolinjektion gesehen.

R. Erichson-Kiel.

Erfahrungen mit der Silbersalvarsanbehandlung der progressiven Paralyse, von Ludwig Stern-Piper. (M. m. W., 1922, Nr. 27, S. 1007.) Auffallende Besserungen in erheblicher Anzahl, welche sowohl die klinischen Erscheinungen wie auch die WR des Blutes und die 4 Reaktionen des Liquors betreffen, letztere weniger, unsicherer, unter sich nicht parallel gehend und nie bis zum vollständigen Verlöschen führend. Erst bei über 7,0 Gesamtmenge beginnen die besseren Erfolge. Die Richtlinien des Reichsgesundheitsrates sind also unrichtig.

A. v. Notthafft-München.

Ein weiterer Beweis dafür, daß die Syphilis im ersten Stadium mit einer einzigen Neosalvarsankur restlos ausgeheilt werden kann, von Walther Morath-

Digitized by Google

München. (M. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1575.) Ein Patient erschien 40 Tage nach Abschluß der Salvarsanbehandlung eines Primäraffektes mit einem neuen Ulkus und Roseola, 4—5 Wochen nach dem letzten Verkehr. Morath hält dies für einen Beweis einer Neuansteckung. A. v. Notthafft-München.

Zur vikariierenden kombinierten Behandlung der Syphilis nach Erfahrungen auf der Prostituiertenabteilung, von Brinckmann, Hautkl. Dortmund. (M. Kl., 1923, Nr. 15.) Die vikariierende Behandlung (Neosalvarsan und Silbersalvarsan abwechselnd) verfolgt das Ziel, die Salvarsandermatitis auszuschalten, die gewöhnlich erst nach der 7. Injektion auftritt. 7 Mischspritzen Novasurol (2,0) mit abwechselnd Neosalvarsan (erste 0,3, weitere 0,45) und Silbersalvarsan (erste 0,1, weitere 0,2), dann 3 Spritzen Novasurol innerhalb 14 Tagen, dann noch 3 Mischspritzen. Dauer im ganzen $6^1/_2$ Wochen. Die Pause nach der 7. Spritze ermöglicht, ohne Gefahr der Schädigung zu im ganzen 10 Salvarsanspritzen zu gelangen; Schädigungen blieben stets aus. Nach Schluß der Behandlung noch positive WR war kein Grund weiter zu behandeln, da oft später ein Umschlag eintritt. In letzter Zeit werden zunächst nicht 7, sondern nur 6 Mischspritzen sowie Neosilbersalvarsan statt Silbersalvarsan verabfolgt.
E. Levin-Berlin.

Zwei Mißerfolge in der vorbeugenden Behandlung der Syphilis (Deux échecs dans le traitement préventif de la syphilis), von G. Comaz-Lausaune. (Rev. méd. Suisse rom., 1922, Nr. 9, S. 595—596.) Zwei Fälle mit sicher bekanntem Datum der Ansteckung konnten trotz sofortiger (3—5 Tage darauf) Behandlung mit Salvarsan 0,3, 0,45, 0,6 innerhalb 11 Tagen nicht vor Auftreten eines Schankers und positiver WR bewahrt werden. H. Soltmann-Leipzig.

Ein schwerer Fall von Enzephalitis nach Salvarsan geheilt unter Suprareningaben, von Voith v. Voithenberg-Wiensdorf b. Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 7, S. 217—218.) Mitteilung eines Falles von Enzephalitis nach Salvarsan, der sich nach Applikation von 0,001 Suprarenin sofort besserte und allmählich ganz in Heilung überging. F. Harry-Wiesbaden.

Kolloidale Veränderlichkeit des Salvarsans (Arsphenamin. Some Factors which Influence Its Colloidal Properties), von A. E. Sherndal-Brooklyn. (J. of Laborat. and Clinical Med., St. Louis, Sept. 1922, Nr. 12, S. 723.) Sherndal hat die Reduktions- sowie Fällungsprozesse bei Herstellung des Salvarsans variiert. Dadurch erhielt er eine Reihe von Präparaten, die Veränderungen in kolloidaler Beschaffenheit zeigten. Das läßt vermuten, daß auch bei Lösungen zu therapeutischen Zwecken solche meist wenig sichtbaren Veränderungen auftreten und für die biologischen und klinischen Ergebnisse von Bedeutung sind. F. Quasig-Hamburg.

Erkrankung der blutbildenden Organe nach Salvarsan, von Fritz Juliusberg-Braunschweig. (M. Kl., 1922, Nr. 42, S. 1341—1342.) 20jähr. Patient, der insgesamt bereits 11 Injektionen mit 5,25 Neosalvarsan gut vertragen hatte. Dann traten plötzlich Erythem (an Händen und Füßen), allgemeine Schwäche und auffallende Vergrößerungen der Lymphdrüsen auf. Im Blutbilde: ausgesprochene Leukopenie, Formveränderungen an den roten Blutkörperchen, relative Lymphozytose, wesentliche Verminderung der Blutplättchen, Veränderungen, welche auf eine schwere Schädigung des Knochenmarks und der Lymphdrüsen hindeuten. Heilung, nachdem die klinischen Erscheinungen schnell, etwas langsamer die Blässe und allgemeine Körperschwäche verschwunden waren.
M. Stern-München.

Beitrag zur Verhütung von Salvarsanschädigungen, von Karl Schuhmacher, Derm. Kl. München. (M. m. W., 1923, Nr. 6, S. 175.) Schuhmacher ging von dem Gedanken aus, daß die schon im Blute sich bildenden Umsetzungsprodukte des Salvarsanmoleküls mit dem Blutkreislauf allen Organen, also auch dem im einzelnen Falle besonders empfindlichen, in statu nascendi zugeführt wurden und so Nebenerscheinungen auslösen könnten. Er wollte dies vermeiden, indem er dieses Stadium sich im Gefäßbezirk eines weniger empfindlichen Organs auswirken ließ. Er löste daher die Stauungsbinde am Arm erst im Mittel 5 Minuten nach der Einspritzung und ruckweise. Der Erfolg entsprach der Erwartung. Sehr salvarsanempfindliche Kranke vertrugen nun die Einspritzung. Geringere Störungen kamen allerdings auch da vor. Nennenswerte örtliche üble Folgen konnten nicht beobachtet werden.
A. v. Notthafft-München.

Die akuten Salvarsanschädigungen vom Standpunkte des Praktikers, von Gustav Fantl. (M. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1574.) Verf. hat mit den Neosalvarsannummern B 40406, 40412, 40376, 40396, 40419, 40438 toxische Erscheinungen erlebt.

Digitized by Google

Das Pulver war feucht, löste sich unter Brausen auf und hatte auffallend starken Äthergeruch. Verf. schneidet die Fragen an, ob man nicht staatlicherseits solche Nummern warnend veröffentlichen solle und ob nicht Enzephalitis und Dermatitis gerade durch derartiges Salvarsan bedingt sein könnten. A v. Notthafft-München.

Über Hautblutungen bei Salvarsaninjektionen, von HERMANN FEIT-Koblenz. (M. m. W., 1922, Nr. 37, S. 1345.) Beschreibung eines Falles von harmlosen Hautblutungen, die sich bei einem an Rückenmarkssyphilis Erkrankten nach Silbersalvarsan einstellten, aber die vorsichtige Weiterführung der Kur nicht verhinderten.

A. v. Notthafft-München.

Salvarsanschäden, von W. KERL. (W. m. W., 1923, Nr. 9, S. 426, Nr. 11, S. 531.) In dem ersten Teile der Arbeit bespricht Verf. auf Grund der STÜHMERschen Einteilung, der er sich im großen und ganzen auch anschließt, die akut-vasotoxischen, die subakut-anaphylaktischen und die chronischen Salvarsandermatosen. Eingehender beschäftigt er sich dabei auch mit den örtlich wieder aufflammenden Salvarsandermatosen. Zur ätiologischen Deutung führt er die verschiedenen Theorien nebeneinander an, ohne selbst zu einer näher Stellung zu nehmen. Die wichtigsten Schädigungen sind die Dermatitiden und die Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems. Seit Verwendung des Salvarsans haben die Hautschädigungen unzweifelhaft zugenommen. Jede auch noch so geringe Reizung ist als Warnungszeichen aufzufassen und die weitere Verabfolgung des Salvarsans auszusetzen, selbst wenn ab und zu berichtet wird, daß Salvarsan auch nach Auftreten einer Dermatitis weiterhin vertragen ist. Was die Schädigungen des Nervensystems angeht, so überwiegen diejenigen des Gehirns die Rückenmarksschädigungen. Meistens spielt sich der Prozeß in wohl charakterisierter und pathologisch-anatomisch bekannter Form als Encephalitis haemorrhagica ab. Unklarheit herrscht noch über die Natur der Schädigung, die zum Teil direkt auf das Salvarsan zurückgeführt, zum Teil als HERXHEIMERsche Reaktion angesehen wird. Andere glauben, daß das Salvarsan die Schädigung nur machen könne bei einer pathologischen Veränderung der Niere bzw. der Leber. Der sogenannte Wasserfehler als Hauptursache ist endgültig abgetan. Salvarsan kann ohrschädigend wirken, diese Schädigung kann durch Hg-Vorbehandlung abgeschwächt werden. Bei den Lebererkrankungen nach Salvarsan ist noch nicht zu sagen, wieweit das Salvarsan eine entscheidende Rolle spielt. Auf andere noch in Betracht kommende Störungen (Anaemia aplastica, Nierenschädigung, Neuritiden usw.) wird kurz eingegangen.

E. Langer-Berlin.

Uribilinogenreaktion als Signal bei Salvarsanschädigungen, von ED. KAHN-Karlsruhe. (M. m. W., 1923, Nr. 14, S. 431.) KAHN hat diese Reaktion bei Salvarsanbehandelten dann auftreten sehen, wenn auch andere Erscheinungen auf Salvarsanschädigungen hinwiesen, und hat, wo bei zweifelhaften Salvarsanschädigungen die Reaktion ausblieb, die Kur ohne Schaden weitergeführt.

A. v. Notthafft-München.

Über Ausscheidung und Bestimmung des Salvarsans im Harn, von W. AUTENRIETH und HANS TAEGE-Freiburg i. B. (M. m. W., 1922, Nr. 42, S. 1479.) Nach intravenöser Einspritzung von Salvarsan enthält der Harn eine Substanz, die sich nach vorausgegangener Diazotierung mit Resorzin sowie Phlorogluzin zu Farbstoffen kuppeln läßt; da in diesem Falle der ausgesalzene Farbstoff arsenhaltig befunden wurde, muß in diesem Harn Salvarsan oder ein arsenhaltiges primäres Amin der aromatischen Reihe vorhanden gewesen sein. Solange Salvarsan nicht selbst oder in Form eines charakteristischen Derivates aus einem „Salvarsanharne" isoliert wird, ist die erstere Annahme selbstverständlich eine willkürliche. Unter Zugrundelegung der Diazotierbarkeit läßt sich das Salvarsan bzw. das „primäre Amin" eines solchen Harnes auf kalorimetrischem Wege bestimmen. Nach endovenöser Einspritzung von 0,3, 0,45 oder 0,6 Neosalvarsan oder Salvarsannatrium wird nur eine relativ sehr kleine Menge des „Salvarsans" im Harn wiedergefunden; sie dürfte meistens 5 oder 6% nicht überschreiten. Hierbei wird die größte Menge des Salvarsans innerhalb der ersten 5—6 Stunden nach der Einspritzung ausgeschieden; in den nach der 6. Stunde gelassenen Harnen ließ sich bei keinem der untersuchten Fälle eine kalorimetrisch bestimmbare Menge Salvarsans nachweisen. — Arsen als solches, anorganisch oder organisch gebunden, gelangt aber über einen erheblich längeren Zeitraum zur Ausscheidung. — Arsen wird in manchen Organen deponiert und darin für längere Zeit zurückgehalten. (In der Leber eines 3 Monate nach der letzten Salvarsaninjektion Verstorbenen konnten noch 0,03 As nachgewiesen werden.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Die Gefahren der Salvarsaninjektionen (The Risks of Arsenobenzol Injections). (Lancet, Nr. 5160.) Der englische Salvarsanprüfungsausschuß stellt fest, daß es schwer ist, die Zahl der Nebenwirkungen des Salvarsans richtig einzuschätzen, noch schwerer ist es, die Zahl der Todesfälle festzustellen. Es werden kurze Statistiken von Lazaretten und Kliniken mitgeteilt, wobei es zu sehr verschiedenen Zahlen kommt. Während in einem Lazarett auf 39 mit Salvarsan behandelte Fälle schon eine Komplikation wie Dermatitis, Ikterus und zerebrale Symptome kam, war das Verhältnis in einer Klinik nur 1000 : 1. Der Salvarsanprüfungsausschuß ist der Ansicht, daß Dermatitis und Leberschädigung zum Teil wenigstens auf eine Überdosierung zurückzuführen sind, aber es gäbe auch Fälle, die überempfindlich gegen Salvarsan sind. Andererseits ist die Syphilis eine so schwere Erkrankung und das Salvarsan ein so wirksames Mittel zu ihrer Behandlung, daß auch nach Ansicht der Salvarsankommission im Interesse der Patienten und nicht weniger der Allgemeinheit man nicht um eine Salvarsanbehandlung umhin kann. R. Erichson-Kiel.

Bemerkung zu dem Aufsatz von Schreus und Holländer: „Wie lange und in welcher Konzentration verbleibt Salvarsan im menschlichen Blut?“ in Nr. 42 der Kl. W., 1922, von Eduard Boecker. (Kl. W., 1923, Nr. 6, S. 259.) Verf. weist darauf hin, daß er diese Frage bereits 1915 in demselben Sinne und mit ungefähr demselben Ergebnis bearbeitet hat. E. Langer-Berlin.

Salvarsanwirkungen. Nach Untersuchungen an der experimentellen Staphylokokkeninfektion des Kaninchens, von Shin Maie (Tokio), Freiburg i. Br. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkh., 1922, Bd. 97, H. 1/2, S. 99.) Durch gleichzeitige Staphylokokkeninfektion und Salvarsaninjektion wurde bewiesen, daß die Neosalvarsaninjektion krankheitsbeschleunigend wirkt. Die Ursache hierfür dürfte auf der einen Seite in der organotropen Wirkung des Salvarsans zu suchen sein. Diese läßt sich durch die Präzipitatsbildung im Serum, die Hemmung der hämolytischen Komplementfunktion des Serums und die Verzögerung der Blutgerinnung nachweisen. Andererseits wurde gezeigt, daß sich auch die bakteriotrope Wirkung des Salvarsans auf Staphylokokken feststellen läßt. Diese äußert sich in einer Entwicklungshemmung, die bei therapeutischen Dosen eine nur rasch vorübergehende und bei hohen Dosen eine mit der Dosis steigende ist. Die organotrope Wirkung erfolgt sofort, während die bakteriotrope erst nach 24 Stunden ihren Höhepunkt erreicht. Dieses Auseinanderliegen der beiden Wirkungsarten bedingt wahrscheinlich die Krankheitsbeschleunigung. E. Langer-Berlin.

Kurzer Beitrag zur Frage der Salvarsanschäden, von Erich Meyer-Magdeburg-Sudenburg. (M. Kl., 1922, Nr. 49, S. 1557.) 35jähr. Mann. Eine Kur wegen Primäraffekt 1921 kombinierte Salvarsan-Cyarsalspritzen. Zweite Kur Januar bis März 1922 3,4 g Salvarsan. Mai 1922 zerebrale Erkrankung mit linksseitigen Lähmungserscheinungen, die in 14 Tagen zum Exitus führte. Therapie: Schmierkur, kein Salvarsan. Sektionsdiagnose: Thrombose der rechten Art. foss. Sylv. — Hätte der Patient Salvarsan bekommen, so wäre wahrscheinlich der tödliche Ausgang dem Salvarsan zugeschoben worden. Verf. warnt davor, für alle auftretenden Erscheinungen ohne weiteres das Salvarsan verantwortlich zu machen, sondern auch andere ätiologisch in Betracht kommende Momente differentialdiagnostisch auszuwerten. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Arnozan in Bordeaux tritt infolge erreichter Altersgrenze in den Ruhestand.

Prof. Edvard Ehlers in Kopenhagen ist Professor honoris causa der Universität Straßburg geworden. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. August 1923 | Nr. 31 | Band 77

Aus dem Bakteriologisch-serologischen Institut der Stadt Dortmund (Direktor Dr. Löns).

Zur Technik und praktischen Verwertbarkeit von Meinickes Trübungsreaktion (MTR).

Von

Dr. C. Kruchen.

Seit November 1922 wird im hiesigen Institut neben der WR auch die MTR zur Syphilisdiagnostik angestellt. Nach den Angaben von Meinicke wurde zunächst mit bei 55° inaktivierten Seren und nachherigem Aufenthalt im Brutschrank (1), später mit aktiven Seren bei Zimmertemperatur (2) gearbeitet. Über die ersten 3000 Untersuchungen, bei denen jedesmal 2 Extrakte neben der WR zur Anwendung gelangten, soll nur kurz statistisch berichtet werden, da Versuche Meinickes inzwischen ergaben, daß durch Erwärmen der Seren bei 55° unspezifische Einflüsse zur Geltung gelangen können.

Es ergab sich Unterschiede zwischen WR und MTR 27%, und zwar leichte Unterschiede 11%, mittlere 8%, totale 8%.

Bei den beiden verschiedenen angewandten Methoden zeigte sich eine bedeutsame Überlegenheit der zweiten, bei der die Reaktion mit aktiven Seren und bei Zimmertemperatur angestellt wurde. Die totalen Differenzen in den Resultaten der MTR zu den Ergebnissen der WR gingen von 8% (bei 3000 Fällen) auf 4% (bei 1107 Fällen) zurück. Nicht gezählt sind hierbei quantitative Unterschiede in der Stärke der Reaktion, wie solche von ±, + und von ++, soweit sie nicht das Ergebnis von positiv nach negativ verschieben und deshalb für Diagnose und Therapie von unterschiedlichem maßgebenden Einfluß sind. Auch die Zusammenstellung der quantitativen Unterschiede zeigte bei den Untersuchungen mit aktiven Seren in demselben Maße einen Rückgang. Bei beiden angewandten Methoden war die MTR 3mal häufiger als die WR in der Stärke der Reaktion überlegen.

Die nunmehr erfolgenden 1107 Untersuchungen, auf die hauptsächlich Wert gelegt werden soll, wurden mit aktiven Seren und bei Zimmertemperatur ausgeführt. Geprüft wurden die von Herrn Meinicke gütigst zur Verfügung gestellten Extrakte 29^{16} und 24^{8}.

0,2 ccm Serum werden in ein sauberes, dünnwandiges Reagenzglas eingefüllt. Dann erfolgt Erwärmung des Extraktes und einer 3%igen Kochsalzlösung im Wasserbade bei etwa 40° und Herstellung einer Verdünnung von 1 : 11, indem die Kochsalzlösung möglich schnell in weitgehendste Berührung mit dem Extrakt gebracht wird. 1 ccm

Digitized by Google

der opaleszierenden Mischung wird jedesmal zu 0,2 ccm aktiven Serums zugesetzt und nach einer Stunde bei Zimmertemperatur abgelesen. Auf etwaige Verunreinigung der Sera, Beimengung korpuskulärer Elemente, wie rote Blutkörperchen, wurde besonders geachtet. Die Reaktion wurde angestellt mit dem Serum lueskranker und luesverdächtiger Patienten der Beratungsstelle Dortmund, der Krankenhäuser und der Ärzte der Stadt. Bei den ersten 3000 Untersuchungen haben wir vielfach die Formolkontrolle (3) angewandt und machten dabei die Erfahrung, daß das Ablesen schwacher Trübungen beim Vergleich mit der klaren Kontrolle erleichtert war. Seitdem wir mit aktiven Seren bei Zimmertemperatur arbeiten, entbehren wir die Formolkontrolle nicht.

Totale Differenzen der MTR zur WR fanden sich vor allem dort, wo früher eine Lues bestanden hat. Es folgen dann die Fälle von Lues II. Vereinzelt waren die Seren, bei denen die MTR positiv ausfiel und bei denen keine Anhaltspunkte für eine Lues zu finden waren. Es handelte sich dabei um Wöchnerinnen und Schwangere und um ein Kind mit allgemeiner Furunkulose, dessen Vater jedoch an Lues erkrankt war. Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Verteilung der totalen Differenzen auf die klinischen Diagnosen. Die Zahlen sind der Übersicht halber auf 100 bezogen.

Diagnose	Lues I	Lues II	Lues III	Metalues	Lues latens	Luesverdacht	Gesamt
gesamt	2	13	7	2	70	6	100
MTR stärker . . .	2	13	3	—	53	6	77
WR stärker . . .	—	—	4	2	17	—	23

Was die totalen Differenzen in den Resultaten der beiden Extrakte unter sich anbelangt, so fanden sich solche in 2% der Fälle mit völligen Differenzen zur WR. Fast ausnahmslos reagierte der Extrakt 29^{16} stärker (1,7%). Es handelte sich stets um Fälle von früherer Lues (Lues latens). Hierbei war die Übereinstimmung mit der WR auf beide Extrakte fast gleichmäßig verteilt. Auch bei den früheren Untersuchungen mit inaktivierten Seren fand sich in 87% (bei 664 Fällen) ein stärkeres Reagieren von Extrakt 29^{16} gegenüber dem Extrakt 24^{8}.

Besondere Aufmerksamkeit wurde den thermischen Einflüssen auf die Seren geschenkt. Es wurden einerseits Parallelversuche mit Seren, die bei verschiedenen Temperaturen inaktiviert waren, angestellt, andererseits wurde der Ablauf der Reaktion bei verschiedenen Temperaturen beobachtet. Zunächst wurde eine Reihe Seren, 20 bei 50°, 28 bei 55°, 28 bei 60° und 8 bei 63° je eine halbe Stunde inaktiviert, wobei genau darauf geachtet wurde, daß die Temperatur des Wasserbades während dieser Zeit beständig blieb. Schon bei 50° zeigten sich bei den positiven Seren in der Reaktion einige Abweichungen. Bei den bei 55° inaktivierten Seren waren diese Abweichungen sowohl bei den WR und MTR (aktiv) positiven, als auch den negativen Seren außerordentlich hoch. Bei den bei höheren Temperaturen inaktivierten Seren ergab sich zunehmend mit der Temperatur eine allgemeine negative Reaktion. Die Temperatur von 55° erwies sich als besonders kritisch und ließ eine große Labilität der so inaktivierten Seren vermuten.

In der folgenden Tabelle sind die Differenzen in der Reaktion auf 100 bezogen dargestellt.

Digitized by Google

WR u. MTR (aktiv) positive Sera			WR u. MTR (aktiv) negative Sera		
Es reagierten inaktiviert bei	positiv	negativ	Es reagierten inaktiviert bei	negativ	positiv
50°	100	0	50°	92	8
55°	48	42	55°	75	25
60°	17	83	60°	100	0
63°	0	100	63°	100	0

Für die praktische Verwendbarkeit der Reaktion sind vor allem die Unterschiede bei den negativen Seren, die bei Inaktivierung bei 55° positiv wurden, von Bedeutung, da bei den gewöhnlichen Serumuntersuchungen durchweg $^2/_3$ der Reaktionen negativ ausfallen. Hinzu kommt, daß diese bei 55° inaktivierten Seren bei späterem Ablesen noch häufig positiv werden. Je länger diese Seren beobachtet wurden, desto mehr positive Reaktionen traten auf. Klinisch konnten keine Anhaltspunkte für eine Lues gefunden werden. Zur Illustration des zeitlichen Ablaufes der Reaktion sei eine Reihe von 10 WR und MTR (aktiv) negativen Seren dargestellt.

Inaktiviert $^1/_2$ Stunde bei	Nr. 73 Luesverdacht	Nr. 75 Vor 4 Jahren Lues	Nr. 117 Puerpera	Nr. 72 Keine Lues	Nr. 52 Vor 5 Jahren Lues	Nr. 118 Puerpera	Nr. 98 Vor 3 Jahren Lues	Nr. 76 Hysterie	Nr. 15 Vor 2 Jahren Lues	Nr. 88 Frische Lues Jan. 1923
50°	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
St. 55°	—	—	—	++++	—	—	—	—	—	—
60°	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50°	—	—	±	±	—	—	±	—	—	—
St. 55°	—	—	—	++++	—	—	+++	—	—	++
60°	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50°	—	—	—	+++	—	—	+++	—	—	—
St. 55°	—	—	—	++++	—	++++	++++	—	++++	—
60°	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Weiter wurden Untersuchungen über den Ablauf der Reaktion bei verschiedenen Temperaturen angestellt. Schon bei den früheren Versuchen mit 2 Extrakten war es uns aufgefallen, daß in dem zeitlichen Eintritt der Reaktion bei den einzelnen Extrakten Unterschiede bestanden. Diese Unterschiede erwiesen sich aber beim Ablesen nach einer Stunde als praktisch ausgeglichen. Anders verhielt es sich jedoch, wenn der Ablauf der Reaktion bei verschiedenen Temperaturen beobachtet wurde. Bei einer Reihe von 100 Seren wurde der Verlauf der Reaktion nebeneinander bei Eisschrank-, Zimmer- und Brutschranktemperatur beobachtet. Abgelesen wurde nach 10, 20 und 30 Minuten, nach 1, 2, 3, 6, 12 und 24 Stunden. Die Stärke der Reaktion wurde mit den Zahlen 1—8 bezeichnet, entsprechend einer Trübung von ±, ++, +++, ++++, beginnender Ausflockung, völliger Ausflockung, beginnender Niederschlagsbildung und völliger Niederschlagsbildung.

Digitized by Google

Von den 64 WR negativen Seren blieben 50 bei allen Temperaturen und Beobachtungszeiten negativ, 10 zeigten im Brutschrank eine Schleierbildung, 4 neigten später zu positiver Reaktion.

Unter den 8 zweifelhaften (± und +–+) fanden sich 2, die bei allen Versuchsbedingungen negativ reagierten. Bei den übrigen fand sich bei Zimmertemperatur eine zeitlich langsam fortschreitende Reaktion, während im Brutschrank und Eisschrank keine oder höchstens eine zweifelhafte Reaktion auftrat.

Von den 5 WR +++ Seren erfolgte 1 mal unter allen Bedingungen keine Reaktion, 1 mal trat nur eine geringere Reaktion ein. Bei den übrigen fand sich sowohl bei Brutschrank- wie bei Eisschranktemperatur eine Verzögerung gegenüber dem zeitlichen Verlauf bei Zimmertemperatur. Als Beispiel sei folgende Tabelle herausgenommen.

Fall 18. WR +++.

	Abgelesen in								
	Minuten			Stunden					
	10	20	30	1	2	3	6	12	24
Eisschrank	3	1	2	2	3	3	4	4	4
Zimmer	3	4	4	4	4	4	5	5	7
Brutschrank	1	1	1	1	2	2	2	2	3

Bei den 19 WR ++++ Seren verlief die Reaktion im allgemeinen wesentlich schneller als bei den übrigen. In 11 Fällen trat fast augenblicklich nach der Mischung eine deutliche Trübung ein. Das Endstadium der Niederschlagsbildung wurde im Gegensatz zu den anderen fast allgemein erreicht. Auch hier zeigte sich im Eisschrank und im Brutschrank eine erhebliche Verzögerung im Ablaufe der Reaktion. Besonders stark war die Verzögerung bei Brutschranktemperatur. Für die praktische Verwertbarkeit ist es von Bedeutung, daß im Brutschrank bei 5 Versuchen nach 1 Stunde, nach der wir gewöhnlich ablesen, noch keine einwandfreie Trübung eingetreten war. Die folgende Tabelle zeigt die Unterschiede im Ablaufe der Reaktion.

Fall 46. WR ++++.

	Abgelesen in								
	Minuten			Stunden					
	10	20	30	1	2	3	6	12	24
Eisschrank	—	1	2	3	4	4	5	6	—
Zimmer	3	4	4	6	6	6	7	7	8
Brutschrank	—	—	—	1	2	3	5	5	5

Es erwies sich das Ablesen nach 1 Stunde bei Zimmertemperatur am günstigsten. Bei allen ++++ Seren war nach 1 Stunde eine deutliche Trübung, häufig sogar schon eine Niederschlagsbildung eingetreten. Bei den WR zweifelhaften Seren empfahl sich ein späteres Ablesen, etwa nach 6 Stunden, da sich die Reaktion zuweilen verstärkt. Niemals trat

Digitized by Google

bei den letztgenannten Seren später eine stark positive Reaktion ein Von besonderer praktischer Bedeutung bei diesen Parallelversuchen war daß sich das Ablesen der Zimmertemperatur im Gegensatz zum Ablesen bei anderen Temperaturen wesentlich leichter gestaltete, da sich die Seren durch klare und scharfe Unterschiede in der Reaktion zwischen positiv und negativ auszeichneten. Bei Eisschrank- und Brutschranktemperatur war das Ablesen erschwert, da Seren mit leichter Schleierbildung häufig und die Unterschiede zwischen positiv und negativ weniger ausgeprägt waren. Dies veranlaßte uns, die Formolkontrolle, die uns früher das Ablesen wesentlich erleichtert hatte, bei Verwendung aktiver Seren und bei Zimmertemperatur, wenigstens bei Reihenuntersuchungen, aufzugeben. Weiter fand sich bei den Versuchen, bei denen die Reaktion bei Brutschranktemperatur ablief, an der Wand des Reagenzglases gleichmäßig eine deutliche Rahmbildung, die unter den anderen Temperaturbedingungen fehlte.

Die Reaktionsgeschwindigkeits-Temperatur-Regel besagt, daß die Geschwindigkeit der Reaktion sich bei jeder Temperaturerhöhung von 10° um einen Faktor von 2—3,5 steigert. Diese Größe des Temperatureinflusses soll so konstant und so spezifisch für chemisches Geschehen sein, daß die Reaktionsgeschwindigkeits-Temperatur-Regel auch eine Umkehrung erlaubt. Die Regel kann also auch benutzt werden, um klarzustellen, ob ein Vorgang chemischer oder anderer Natur ist. Diese Gedankengänge veranlaßten uns, gerade Temperaturunterschiede von 10° zu wählen. Wir haben deshalb die Versuche bei Eisschranktemperatur (7°), Zimmertemperatur (17°) und Brutschranktemperatur (37°) angestellt, um festzustellen, ob die Geschwindigkeit der Reaktion bei einer Temperaturerhöhung von 10° sich um einen Faktor von 2—3,5 steigert. Das war nicht der Fall. Im Gegenteil zeigte sich ein deutliches Optimum bei Zimmertemperatur, ein Zeichen für die kolloidale Natur des Vorgangs. Es war von vornherein zu erwarten, daß es sich nicht um eine reinchemische Reaktion handelt, es konnte aber sein, daß sich ein Nebenhergehen von chemischen Vorgängen durch die Reaktionsgeschwindigkeits-Temperatur-Regel feststellen ließ. Auch schien es uns wichtig, den Ablauf der MTR bei verschiedenen Temperaturgraden und Zeiten einmal bei einer großen Anzahl von Seren nebeneinander zu beobachten, um für die MTR den günstigsten Temperaturgrad und die günstigste Ablesungszeit festzustellen.

Wenn auch der kolloidale Zustand der Seren durch verschiedene Momente beeinflußt werden kann, so haben wir doch den Eindruck, daß die thermischen für den Ausfall der MTR bei weitem am wichtigsten sind.

Es besteht ferner die Möglichkeit, daß die Seren vor Anstellung der Reaktion in verschiedenem Grade durch mechanische und chemische Momente, sowie durch Einflüsse der strahlenden Energie in ihrem Kolloidzustand verändert werden. Die Art der Entnahme des Blutes, z. B. die Entnahme mit einer Spritze, die noch Spuren von Wasser oder des Desinfiziens (Alkohol-Äther) enthält, chemische und mechanische Verunreinigung der Versandgläser, der verschiedene Transportweg und der Aufenthalt im Eisschrank vor Anstellung der Reaktion haben sicherlich ihre Bedeutung. Wenn die vielen Möglichkeiten der Beeinflussung des kolloidalen Zustandes der Seren vor Ausführung der Reaktion in den Unter-

Digitized by Google

suchungsämtern sich beseitigen ließen, so daß nur einheitlich vorbehandelte Seren untersucht werden, wäre es gut denkbar, daß die MTR weiter an Zuverlässigkeit gewinnt.

Zusammenfassung.

1. Die MTR, mit aktiven Seren bei Zimmertemperatur, ist der früheren Methode mit inaktivierten Seren bei Brutschranktemperatur bezüglich der Resultate erheblich überlegen. Die totalen Differenzen zur WR gingen bei unseren Versuchen von 8% auf 4% zurück, wobei die MTR 3mal so häufig stärker reagierte als die WR. Die Unterschiede betrafen vor allem Fälle von Lues latens. In 3 Fällen (6% der totalen Differenzen) mit positiver MTR war eine Lues nicht nachweisbar und auch nicht wahrscheinlich; die klinische Diagnose lautete: allgemeine Furunkulose, Gravidität und Nihil. Die Diagnose „allgemeine Furunkulose" betraf allerdings ein Kind, dessen Vater Lues hatte.

2. Von den Extrakten zeigte sich in Übereinstimmung mit unseren früheren Versuchen der Extrakt 29^{16} empfindlicher in der Reaktion.

3. Inaktivieren bei 55° beeinflußt die Seren im unspezifischem Sinne. Die Reaktion schlägt sowohl von positiv nach negativ als auch von negativ nach positiv um. Bei Inaktivieren bei höheren Temperaturgraden werden die Resultate zunehmend negativ.

4. Der Reaktionsablauf ist bei Brutschrank- und Eisschranktemperatur verzögert gegenüber dem Ablauf bei Zimmertemperatur. Bei den stark positiven Seren verläuft die Reaktion schneller als bei den schwachpositiven und zweifelhaften.

5. Bezüglich der Übereinstimmung mit den Ergebnissen der WR zeigt sich das Ablesen bei Zimmertemperatur nach 1 Stunde am günstigsten.

6. Das Ablesen der Resultate war bei den bei Zimmertemperatur angestellten Reaktionen infolge der scharfen und klaren Differenzierung wesentlich leichter als bei Brutschrank- und Eisschranktemperatur, wo die Seren vielfach einen verwaschenen und unscharfen Eindruck machten. Die Formolkontrolle, die bei Brutschranktemperatur erwünscht sein konnte, ist bei aktiven Seren und bei Zimmertemperatur entbehrlich.

7. Die MTR in ihrer jetzigen Form, mit aktiven Seren bei Zimmertemperatur angesetzt, ist nach unseren Erfahrungen die einfachste, die am schnellsten auszuführende, und die am gleichmäßigsten ausfallende Ersatzreaktion für die WR. Die MTR eignet sich daher eher als alle anderen Ersatzreaktionen für Krankenhauslaboratorien und für den Praktiker.

Literatur.

1. D. m. W., 1923, Nr. 2. — 2. Nachtrag zum Sonderabdruck der vorstehenden Arbeit (wird von der Adlerapotheke in Hagen [Westfalen] den käuflichen Extrakten als Gebrauchsanweisung beigefügt). — 3. Dold, D. m. W., 1921, Nr. 44 und 1922 Nr. 8.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses
(Dirig. Arzt: Prof. A. Buschke).

Seltene Leukoderme und die Abgrenzung derselben von der Vitiligo.

Von

Dr. Erich Langer, Oberarzt der Abteilung.

(Schluß.)

Die Entstehung des Leukoderms müssen wir zweifellos mit der Mikrosporie in Zusammenhang bringen, da erstens eine Lues nicht vorhanden war und die Anordnung sich absolut von der bei einer Lues unterschied. Anstatt mit einem gleichmäßig netzförmigen Leukoderm haben wir es in beiden Fällen mit verschieden stark depigmentierten, einzeln stehenden Flecken zu tun. Bei dem ersten Fall den Lupusherd resp. eine tuberkulo-toxische Erkrankung als Ursache anzunehmen, wäre nicht angängig, da es weder mit dem Kommen resp. Verschwinden des Lupus aufgetreten noch sich bei den Rezidiven wiederholt hat. Dagegen ist es bei beiden gleichzeitig mit der beginnenden Abheilung der Mikrosporie in Erscheinung getreten, und zwar an Stellen, an denen Mikrosporieherde vorher gesessen haben. Daher muß man wohl auch hier für diese Fälle eine Entstehung der leukodermatischen Depigmentation aus den sich involvierenden Mikrosporieherden annehmen, wie ich es für die Pityriasis rosea mitteilen konnte, und wie es eben mehr oder weniger überhaupt für einen Teil der Leukoderme in Frage kommt. Interessant ist in dem ersten Falle — der zweite konnte nicht lange genug beobachtet werden —, die Akuität des Leukoderms, das nach zwei Monaten schon wieder geschwunden war. Freymann hat bei den luetischen Leukodermen darauf aufmerksam gemacht, daß dabei ab und zu abortive, spontan rasch abklingende Leukoderme vorkommen.

Angefügt sei hier noch eine interessante, in der Literatur mitgeteilte Beobachtung. Totsuka konnte in zehn Fällen unter dem Einfluß von Sonneneinwirkung und Seebädern in Japan nach etwa zwei Wochen leukodermartig aussehende und angeordnete Depigmentationen beobachten, die nach sieben Monaten wieder Pigmentwirkung aufwiesen und nach einem Jahr abgeheilt waren. Buschke sah in der Privatpraxis des öfteren bei Japanern nur in der Kreuzbeingegend angeordnete typische Leukoderme und bekam die Mitteilung, daß diese des öfteren in Japan gefunden wurden. Vielleicht wäre es möglich, hierüber, da es bei uns sonst so gut wie unbekannt ist, von anderer Seite mehr zu erfahren.

Somit haben wir es hier neben den bekannten luetischen Leukodermen bei Erwachsenen mit solchen bei Kindern mit akquirierter Lues zu tun gehabt und haben diejenigen bei Psoriasis, Parapsoriasis, Pityriasis rosea und nach Mikrosporie besprochen und gesehen, daß allen gemeinsam ist das Auftreten im Verlaufe resp. in der Abheilung der betreffenden Hauterkrankung. Untereinander unterscheiden sich zwar alle nichtluetischen

Digitized by Google

von den syphilitischen durch die Größe und Form in der Anordnung der Einzeleffloreszenz, können aber mit Ausnahme des im Verlaufe der Mikrosporie aufgetretenen gerade durch die bei allen neben Einzelherden auch vorkommende Netzformen dem syphilitischen Leukoderm zum verwechseln ähnlich sehen, so daß allein aus dem Vorhandensein eines Leukoderms nicht die klinische Diagnose Lues gestellt werden kann. Dazu kommt, daß in den letzten Jahren die universelle Ausbreitung der Leukoderme häufiger geworden ist, so daß man keineswegs als differentialdiagnostisches Merkmal den Sitz des luetischen Leukoderms am Halse heranziehen kann.

Demgegenüber haben wir alle zur Beobachtung kommenden Vitiligofälle daraufhin untersucht, ob überhaupt und welche gemeinsamen Merkmale sie mit den Leukodermen, vor allem mit den syphilitischen, besitzen. Denn bei der Durchsicht der Literatur fällt einem immer wieder die Tatsache auf, daß eine Reihe von Autoren die Vitiligo als eine luetische Erkrankung auffassen und mit dem Leukoderm in eine Parallele bringen (Burnier, Milian, Chouzon-Foix, Vignolo-Lutati, Lindberg, Gougerot), während, wie die meisten deutschen Forscher, auch Halkin, Thibierge u. a. den vor allem von der französischen Schule bis heute noch vertretenen Standpunkt, daß in der Ätiologie der Vitiligo die Lues die Hauptrolle spiele, ablehnen müssen. Gewiß ist zuzugeben, daß es eine Reihe von Vitiligofällen gibt, die im Anschluß an ein luetisches Leiden, vor allem eine luetische Nervenerkrankung auftreten, aber dieses ist die weit geringere Zahl, während die meisten Fälle anderer Ätiologie sind. Hierzu darf man natürlich nicht Leukoderme im Verlaufe der sekundären Lues rechnen, die bei typischer Lokalisation und Anordnung in ihrer Form einen Eindruck einer Vitiligo machen, im übrigen aber alle Stigmata eines Leukoderms besitzen, wie ich es in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft (Sitzung Januar 1923) vorgestellt habe. Neben Patienten, die sich absolut nicht erinnern können, unter welchen Umständen ihre Vitiligo aufgetreten ist, habe ich zahlreiche gefunden, bei denen nach schweren Infektionskrankheiten, nach schweren körperlichen und psychischen Traumen, im Verlaufe endokriner Erkrankungen und als familiäres Leiden die Vitiligo entstanden ist. Auch in der Literatur finden sich ausgedehnte Angaben hierüber. Um nur einige daraus hervorzuheben, so weisen Jordan und Jollivet auf das Auftreten von Vitiligo nach Diphtherie, Selenew u. a. bei Tuberkulose hin. Queyrat sah ebenso wie Hesse nach einem schweren psychischen Trauma, Hoffmann nach einer Steinwurfverletzung Vitiligo entstehen. Hierher gehören vor allem auch alle Fälle von Vitiligo an Druck- und Scheuerstellen (Kreibich). Einen typischen Fall dieser Art sahen wir erst kürzlich, wo bei einem jungen Mädchen genau entsprechend der Form der Aufhängebänder über der Schulter Vitiligo entstanden war. Allerdings scheint mir, daß bei diesen Fällen das Trauma nur auslösend wirkt und eine ererbte oder endokrin erworbene Disposition vorliegt. Auch in der Folge von Nervenerkrankungen sind wiederholt ausgedehnte Vitiligoerkrankungen beobachtet worden. Hier kommen neben anderen nervösen Erkrankungen auch diejenigen luetischer Natur in Frage, worauf von Thibierge, Ssuchow, Custom, Sklarz und zahlreichen anderen auf-

Digitized by Google

merksam gemacht wurde. Aber auch alle anderen nervösen Erkrankungen (Pachymeningitis, zerebrale und medulläre Tumoren, Nervenlepra, Syringomyelie) können die eine Vitiligo auslösende Ursache bilden (Klippel und Weil). Erst in den letzten Jahren ist von den verschiedensten Seiten darauf hingewiesen, daß Störungen der inneren Sekretion, so hauptsächlich Erkrankungen der Schilddrüse (Helle, Löwy, Lindberg, Halkin) Vitiligo zur Folge haben können. Diamantopulos dagegen beschreibt das Auftreten von Vitiligo nach Keimdrüsenhyperplasie bei einem Kinde und Ssuchow nimmt für das gemeinsame Vorhandensein mit Alopecia arcuta eine innersekretorische Störung an. Eine Reihe von Autoren führen allein als Stütze ihrer angenommenen, kongenitalluetischen Ätiologie der Vitiligo Zahnveränderungen an, so Crouzon und Foix, Gougerot; es ist jedoch zur Genüge bekannt, daß die früher als spezifisch-syphilitisch angesprochenen Zahnanomalien auf dem Umwege über die innersekretorischen Drüsen auch bei allen möglichen anderen schweren Erkrankungen des Säuglings- und Kindesalters entstehen können, zumal wir selbst, wie viele andere, in der Vitiligoätiologie nie der kongenitalen Lues begegnet sind, außer wenn es sich eventuell um ein auf kongenital-luetischer Grundlage aufgetretenes Nervenleiden handelt, in dessen Folge dann die Vitiligo vorkam. Von verschiedenster Seite wird schließlich — eine ähnliche Beobachtung haben wir auch erst kürzlich gemacht — auf das familiäre Vorkommen der Vitiligo aufmerksam gemacht (Brenning, Marsh, Ullmann, Sibirski).

Aus dieser Vielheit ätiologischer Faktoren scheint sich mir ein Umstand mit einer gewissen Sicherheit herauszuheben, daß nämlich die Vitiligo, die zwar eine an sich harmlose, wenn auch unangenehme Hauterkrankung darstellt, auf Grund einer gewissen Hautkonstitution entsteht, und daß ihre Auslösung von den verschiedensten Bedingungen abzuhängen scheint, unter denen aber wohl die endokrinen und vegetativ-nervösen Erkrankungen im Vordergrunde stehen, wobei wohl damit zu rechnen ist, daß auch bei näherer darauf gerichteter Untersuchung die familiären Fälle hierher gehören. Wie Buschke und ich in Übereinstimmung mit Bettmann, Sklarz u. a. darauf hingewiesen haben, daß zur Entstehung einer Anzahl besonders chronischer und vor allem unheilbarer Dermatosen eine gewisse Konstitution gehört, so auch hier bei der Vitiligo, und dies dürfte die einzige Ähnlichkeit mit den leukodermatischen Depigmentationen bedeuten. Sie sind nur das äußere Zeichen einer gewissen Reaktionsform der Haut. Wie das Hautorgan auf mancherlei Reize bei dazu disponierten Individuen mit gleichartigen Erkrankungsformen, z. B. lichenoiden, keratotischen, ekzematösen usw., antwortet, so reagiert die Pigmentmaschinerie des Körpers und speziell der Haut auf einen gewissen Anstoß mit einer in bestimmten Bahnen gehaltenen Pigmentverschiebung, und je nachdem, wo die Ursache ansetzt, kommt es zu den verschiedensten Reaktionserfolgen auf der Haut. In diesem Zusammenhange ist unsere oben mitgeteilte Beobachtung interessant, daß bei den luetischen Leukodermen der Kinder dieselben bei zwei Geschwistern gleichzeitig aufgetreten sind. Wie weit hierbei allein die Konstitution der Haut eine Rolle spielt, oder ob eine Veränderung in dem syphilitischen Virus das gehäufte Auftreten der

Digitized by Google

syphilitischen Leukoderme in den letzten Jahren bedingt, kann nicht entschieden werden. Vielleicht steht die Häufigkeit der Leukoderme auch in Zusammenhammenhang mit einer durch die Kriegs- und Nachkriegsernährung bedingten leichteren Reizbarkeit und Erkrankungsmöglichkeit im vegetativen Nervensystem. Man muß aber von vornherein trennen, daß Leukoderme nur auftreten in der Folge einer Erkrankung resp. einer direkten Reizung der Haut, so daß wir zu der Annahme geneigt sind, daß die Ursache peripher entweder an der Hautzelle selbst oder ihrer sympathischen Nervenversorgung ansetzt, während die Vitiligo fast ausschließlich als Folge einer inneren Erkrankung ohne wesentliche Hautsymptome resp. als familiäre Krankheit sich findet. Daraus ergibt sich aber auch, daß wir es in dem einen Falle beim Leukoderm mit einem Krankheitsbilde zu tun haben, das, wenn es sich einmal entwickelt hat, unverändert bestehen bleibt, bis es nach einer gewissen mehr oder weniger langen Zeit wieder verschwindet. Im anderen Falle bei der Vitiligo handelt es sich um eine meist progrediente unter der Abhängigkeit und Leitung des Nervensystems fortschreitende Erkrankung, die sich nicht mehr zurückbildet. Für die Abhängigkeit der Vitiligo vom Nervensystem spricht neben ihrer Symmetrie, die ja in fast allen Fällen vorhanden ist, besonders auch der Umstand, daß von verschiedener Seite in den vitiliginösen Herden Sensibilitätsstörungen gefunden sind (Hanawa, Königstein, Kreibich, Grossmann), während ja die Sensibilität der leukodermatischen Stellen völlig erhalten ist.

Eine wesentliche Stütze für die Annahme einer strikten Trennung der leukodermatischen und vitiliginösen Depigmentationen bildet die Art der Lichtreaktion dieser beiden Gruppen. Seit Buschke zuerst mitteilte, daß es ihm gelungen ist, im Vitiligo Pigment zu erzeugen, sind seine Versuche zum Teil bestätigt worden (Stein, Schattmann, Moser, Buschke und Eichhorn, Nagelschmidt, With), zum Teil ist es anderen Autoren auch mit anderen Hautreizungsmethoden gelungen, so Jadassohn mit Thorium X; Stein hat neben Quarzlampenbestrahlung mit Erfolg auch mit thermischen Reizen (Kohlensäureschnee) den Versuch gemacht, im Vitiligo Pigment zu erzeugen. Jordan beschreibt Erfolge mit der Radiumtherapie. Das Wesentliche ist, daß alle Autoren übereinstimmend angeben, daß es ihnen zwar bei der Vitiligo gelungen ist, Pigmentbildung hervorzurufen, dagegen nicht beim Leukoderm. Gerade dieser Umstand spricht mehr als alle anderen Erwägungen durch seine experimentelle Beweisführung für den Unterschied zwischen Leukoderm und Vitiligo. Da wir es bei der lokalen Pigmentbildung durch thermische und aktinische Reize wohl sicherlich mit einem in der Haut gelegenen Prozeß zu tun haben, so sind wir auf Grund unserer experimentellen Erfolge zu dem Schluß berechtigt, daß wir es beim Leukoderm mit einer Erkrankung der pigmentbildenden Zelle selbst resp. mit ihrer peripheren nervösen Versorgung zu tun haben, wobei der zentral übergeordnete Regulationsapparat intakt sein kann, während bei der Vitiligo gerade letzterer erkrankt ist, und im allgemeinen das periphere Erfolgsorgan, die Hautzelle, gesund ist, so daß sie vorübergehend zur Pigmentbildung imstande ist. Denn es geben so gut wie alle Autoren an, daß die Pig-

Digitized by Google

mentbildung nach einigen Wochen oder Monaten wieder verschwindet. Es scheint mir, daß wir es mit einer Pigmentierung zu tun haben, die nur so lange vorhält, bis das auf Grund der Reizung gebildete Pigment aufgebraucht ist, da infolge der Erkrankung der Pigmentregulation keine neue Pigmentzufuhr erfolgt. Was die Herkunft des neu gebildeten Pigments betrifft, so finden wir die verschiedensten Meinungen. Bloch und auf Grund seiner Mitteilungen Lindberg, Kissmeyer u. a. nehmen eine Aufbrauchdermatose an, bei der durch einen unbekannten Reiz die Dopaoxydase verbraucht sei, und Zellgruppen, die noch Reste enthalten, durch die Reizung zur gesteigerten Dopaoxydasebildung angeregt werden. Nagelschmidt glaubt, daß durch die Mitbestrahlung der pigmentierten Ränder von hier aus eine Mobilisation des Pigments erfolge, auch With spricht sich für die Wanderung des Pigments von der Peripherie zum Zentrum aus. Wir haben meist bei unseren Fällen beobachtet, daß sich innerhalb der Vitiligo das Pigment am längsten an den Follikeln hält, so daß man vielfach in der Vitiligo noch punktförmige Pigmentinseln beobachten kann, was wir im Gegensatz dazu in den leukodermatischen Herden nie feststellen konnten. Hierdurch kam Buschke zu der Annahme, die auch durch unsere in letzter Zeit gemachten Erfahrungen und Beobachtungen bestätigt wird, daß es sich bei der Neupigmentierung der Vitiligo um Pigment handle, das meistens von den Follikeln seinen Ausgangspunkt nimmt, so daß erst kleine Pigmentinseln sich bilden, die durch allmähliche Vergrößerung und Konfluieren den Vitiligofleck mit Pigment ausfüllen. Ob und wie weit fermentative Prozesse hierbei eine Rolle spielen, scheint mir, da die Fermentfrage an und für sich noch wenig geklärt ist, zu entscheiden zur Zeit noch nicht möglich zu sein. Leider versagt aber auch in einer Reihe von Vitiligofällen die Pigmentbildung durch äußere Reizung, sonst könnte man diesen Versuch zur experimentellen Trennung von Vitiligo und Leukoderm neben allen anderen Stigmata — wie Bedingungen des Auftretens, symmetrische Lokalisation, Hauptsitz der Veränderungen, Form der Depigmentationen, Sensibilitätsprüfung u. a. — als exaktesten Beweis heranziehen.

Unterscheiden sich somit Leukoderm und Vitiligo schon wesentlich bei einer funktionellen und biologischen Prüfung, so fällt auch auf den ersten Blick klinisch der große Unterschied auf, so daß es eigentlich gar nicht zu verstehen ist, wie diese beiden weit voneinanderstehenden Affektionen zu Verwechslungen Anlaß geben können. Sieht man ab von Fällen, wie dem vorhin erwähnten, wo ich ein Leukoderm mitgeteilt habe, dessen Einzeleffloreszenzen bei einer netzförmigen Anordnung der Gesamteffloreszenzen Ähnlichkeit in der Größe und Form mit Vitiligo aufwiesen, so unterscheiden sich doch beide schon dadurch, daß die Lieblingslokalisation der Vitiligo u. a. das Gesicht, Genitale und After bilden, also Stellen mit physiologisch resp. artefiziell stärkerer Pigmentierung, während das Leukoderm nur in den seltensten Fällen an diesen Stellen auftritt. U. a. beschreibt Rille ein postpsoriatisches Leukoderm auf dem Kopfe. Gerade dieser Umstand des seltenen Auftretens von Leukodermen im Gesicht scheint mir gegen die Ehrmannsche Annahme zu sprechen, daß die Leukoderme in der Hauptsache an den natürlich und artefiziell stark pigmen-

Digitized by Google

tierten Körperstellen auftreten, zumal die zweite Ehrmann-sche Bedingung, das Vorausgehen eines Exanthems, im Gesicht oft erfüllt ist. Neben der Lokalisation ist es aber auch noch die Anordnung, die die beiden Depigmentationsgruppen unterscheidet. Bei dem Leukoderm entweder unregelmäßige Einzeleffloreszenzen oder Netzform, jedoch niemals ein Konfluieren der einzelnen Herde, bei der Vitiligo meistens eine ausgesprochene Symmetrie an einzelnen depigmentierten Stellen, die miteinander konfluieren können, dabei sind beide auch in Form, Größe und Farbe voneinander verschieden. Denn die Leukodermflecke sind niemals so intensiv depigmentiert wie die der Vitiligo. Gänzlich ablehnen müssen wir auch die Annahme Burniers, der Leukoderm und Vitiligo nicht trennen will und beide für syphilitische Stigmata anspricht, zumal nach seiner Ansicht für die syphilitische Ätiologie der Vitiligo die günstige Beeinflussung durch lange genug fortgesetzte antisyphilitische Behandlung sprechen soll.

Somit müssen wir für die Vitiligo die kongenitale und akquirierte Lues als Hauptursache ihrer Entstehung ablehnen, wenn sie auch im Verlaufe der Lues, wie bei jeder schweren Allgemeinerkrankung, besonders einer nervöser Art, auftreten kann. Streng trennen müssen wir aber bezüglich Entstehung, Symptomen und Verlauf zwischen Vitiligo und Leukodermen. Wenn es sich auch bei beiden um Pigmentationen handelt, deren Zustandekommen von gewissen konstitutionellen Momenten des Pigmentapparats abhängig sein mag, und bei denen manchmal derselbe ätiologische Faktor eine auslösende Rolle spielt, so sind doch Leukoderm und Vitiligo klinisch und biologisch so differente Erkrankungsformen, daß man sie unbedingt auseinanderhalten muß.

Literatur:

(Eine ausführliche Zusammenstellung aller das Gebiet betreffenden Arbeiten findet sich bei Lindberg [s. unten].)

1. Almkvist, Derm. W., 1922, S. 201. — 2. Assmy, M. Kl., 1906. — 3. Bloch, Arch. f. Derm., Bd. 124. — 4. Blumenfeld, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 96. — 5. Brandweiner, Leipzig 1907, bei Franz Deuticke. — 6. Burnier, The Urolog and Cut.-Rev., 1922, Bd. 26. — 7. Buschke, M. Kl., 1907, Nr. 33. — 8. Buschke, Derm. W., 1915, S. 489. — 9. Buschke, Berl. Derm. Ges., Sitzungsber., 1921, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 3. — 10. Buschke und Eichhorn, Derm. Zschr., 1911, S. 109. — 11. Buschke und Klemm, M. Kl., 1920, Nr. 45. — 12. Buschke und Langer, Derm. W., 1923, S. 145. — 13. Buschke und Sklarz, Arch. f. Derm., Bd. 138. — 14. Christopherson, Lancet 1921, Bd. 200, S. 522. — 15. Conradi, Inaug.-Diss., Leipzig 1906. — 16. Crouzon und Foix, Bull. méd., 1914. — 17. Crouzon und de Brun, Bull. et mém. de la soc. med. des hôp. de Paris, 1921, Nr. 21. — 18. Custom, New York m. J., 1921, Bd. 114. — 19. Csillag, Arch. f. Derm., 1903, S. 183. — 20. Diamantopolus, Mitt. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien, 1921, S. 208. — 21. Ehrmann, W. m. P., 1889, Arch. f. Derm., 1891, Bd. 23, Erg. H., Derm. W., 1922, S. 721, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 5, S. 127, Mračeks Handb. d. Hautkrkh., Bd. 2. — 22. Frei und Tachau, Derm. W., 1923, S. 252. — 23. Freymann, Derm. W., 1922, S. 33. — 24. Friedländer, Rosenthal, Lesser, L. Meyer, Lipmann-Wulf, Sitzungsber. d. Berl. Derm. Ges., Mai 1911. — 25. Gougerot, Bull. de la soc. franc. de derm., 1914. — 26. Grossmann, Rev. prat. des mal. cutan. syph. et vener., 1906, H. 8. — 27. Halkin, Ann. de la soc. méd. chir. de Liége, 1922, S. 63. — 28. Helle, Derm. Zbl., 1920. — 29. Hesse, D. m. W., 1909, Nr. 40. — 30. E. Hoffmann, Mh. f. pr. Derm., 1911, S. 300. — 31. Hopf,

Digitized by Google

Inaug.-Diss., Leipzig 1921. — 32. Jelzina, Mh. f. pr. Derm., 1911, S. 279. — 33. Jolivet, Ann. de Derm. et de syph., 1920. — 34. Jordan, Derm. W., 1919, S. 63 u. 1923, S. 105. — 35. Kaufmann, Inaug.-Diss., Leipzig 1904. — 36. Kissmeyer, Brit. J. of Derm., 1920, S. 145. — 37. Klippel und Weil, Presse méd., 1922, S. 388. — 38. Kolokin, Mh. f. pr. Derm., 1911, S. 148. — 39. Königstein, W. kl. W., 1910, Nr. 49. — 40. Kreibich, Derm. W., 1921, S. 177, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 103. — 41. Krüger, Derm. W., 1923, S. 116. — 42. Langer, Sitzungsber. d. Berl. Derm. Ges., Dez. 1922, Januar und März 1923. — 43. Ledermann, Arch. f. Derm., 1907, S. 359. — 44. Lindberg, Thèse p. le doct. de l'université de Paris, 1922. — 45. Löwy, Prag. m. W., 1911. — 46. March, New York m. J., 1910. — 47. Merklen, Semaine méd., 1914. — 48. Michelson, Arch. of Derm., 1922. — 49. Milian und Monquin, Bull. de la soc. franc. de derm. et de syph., ref. Derm. W., 1921, S. 568. — 50. Moser, M. Kl., 1907. — 51. Nagelschmidt, Derm. W., 1920, S. 976. — 52. Nathan, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 171. — 53. Perkel, Dermatologia, 1913, Bd. 2. — 54. Petrini, Ann. de Derm. et de syph., 1911, H. 3. — 55. Pinkus, Derm. Zschr., 1903. — 56. Queyrat, Bull. de la soc. franc. de derm. et de syph., 1912, S. 84. — 57. Ravitsch und Steinberg, The americ. J. of Syph., 1918, Bd. 2. — 58. Rille, Derm. W., 1912, S. 10. — 59. Sasamoto, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4, S. 347. — 60. Sato, Derm. W., 1921, S. 939. — 61. Selenew, Derm. W., 1918, S. 780. — 62. Severi, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 6, S. 472. — 63. Sibirski, Mh. f. pr. Derm., 1903, S. 318. — 64. Sklarz, Derm. W., 1922, Sitzg. der Berl. Derm. Ges., Feb. 1922. — 65. Ssuchow, Derm. W., 1919, S. 173. — 66. Stein, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97. — 67. Thibierge, Ann. de Derm. et de syph., 1905, H. 2, Berl. kl. W., 1904. — 68. Totsuka, Derm. Zschr., 1921, S. 227. — 69. Ullmann, Mh. f. pr. Derm., 1906, S. 226. — 70. Vignolo-Lutati, Derm. W., 1917, S. 766. — 71. Wertheim, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 1, S. 459. — 72. Wertheimer, Arch. f. dermat. a syph., 1922. — 73. With, The Brit. J. of Derm. and Syph., 1920. — 74. Yoshida, Inaug.-Diss., Rostock 1907. — 75. Zurhelle, Derm. Zschr., 1922, S. 339.

Beitrag zu den toxischen Erythemen.

Von

Dr. Emanuel Wohlstein in Waag-Neustadt.

Die Hypothesen, welche die Entstehung der toxischen Erytheme zu ergründen suchen, sind nicht für alle Fälle anwendbar. Ich bin in der Lage, an der Hand eines von mir und Dr. Oscar Winter (praktischer Arzt in Waag-Neustadt) beobachteten Falles von Erythema mercuriale scarlatiniforme darauf hinzuweisen, daß der Symptomenkomplex der Intoxikationen sicherlich keine einheitliche Entstehungsursache hat.

Es handelte sich um eine Patientin, die nach einer Medikation gegen Oxyuren plötzlich mit hohem Fieber und Schüttelfrost erkrankte. In einigen Schüben breitete sich ein skarlatiniformes Exanthem über den ganzen Körper aus. Anamnestisch war feststellbar, daß die Kranke schon seit jeher an einer überempfindlichen Haut gelitten hat, ganz minimale äußerliche Reize, wie Druck bei Zahnreparatur, haben Dermatitiden ausgelöst. Das Medikament, welches verordnet wurde, war Santonin 0,05, Kalomel 0,05, und wurde in halbstündigem Intervall zweimal genommen. Nachdem Santonin als ursächliches Moment bei ähnlichen Hautaffektionen nicht in Betracht kommt, konnte die Schädigung nur auf die kleine Kalomeldosis zurückgeführt werden. Zeichen einer Stomatitis oder Enteritis waren nicht vorhanden. Im Urin keine Spuren von Eiweiß nachweisbar, Santonin hingegen war noch am dritten Tage vorhanden. Das Allgemeinbefinden und Appetit waren trotz des hohen Fiebers ungestört. Das Fieber ist in einigen Tagen abgeklungen, die Desquamation dauerte 3—4 Wochen lang. Beachtenswert an diesem Falle war die kleine Kalomeldosis als auslösende Ursache, das Beschränktsein der Intoxikation auf die Haut und das Zusammentreffen mit der Hautempfindlichkeit (Urticaria factitia auch auslösbar). Die Theorie also, welche eine bakterielle Ursache voraussetzt, nämlich Resorption von Bakterien durch die entzündlich veränderte

Digitized by Google

Mund- oder Darmschleimhaut, war im vorliegenden Falle nicht am Platze. Das Zusammentreffen der Hautüberempfindlichkeit mit dem toxischen Erythem legt den Gedanken nahe, daß es sich um eine rein lokale Alteration der empfindlichen Haut durch Kalomel gehandelt hat. Die minimale Kalomeldosis genügt eben, um eine Toxikose der leicht irritablen Haut hervorzurufen, war aber nicht imstande, die übrigen gewöhnlichen Erscheinungen der Quecksilbervergiftung zu erzielen. Allerdings scheint Fieber und Schüttelfrost auch für eine zentrale Ursache zu sprechen. Ich wäre aber geneigt, sogar das Fieber auf die toxische Hautentzündung zurückzuführen. Die Erweiterung der peripheren Blutgefäße geht mit einer Herabsetzung der Bluttemperatur einher, welche bekanntlich als Reiz für das Wärmezentrum gilt, und so wäre auch Fieber und Schüttelfrost als eine Abwehrvorrichtung des Organismus gegen den enormen Wärmeverlust aufzufassen und stünde auch im Rahmen der Hautalteration. Es handelt sich demzufolge in unserem Falle um eine Quecksilbertoxikose, die sich nur auf die Haut lokalisierte im Gegensatze zu den Formen, welche außer Hauterscheinungen Stomatitis, Enteritis und Nephritis verursachen, oder aber anderen partiellen Quecksilbertoxikosen, die nur eine Stomatitis, Enteritis oder Nephritis resultieren. Es hat den Anschein, daß immer in erster Linie das locus minoris resistentiae (krankes, geschwächtes, anaphylaktisch eingestelltes Organ) angegriffen wird und nur bei größeren Dosen (im relativen Sinne) die übrigen Prädilektions-, d. h. Ausscheidungsstellen des Quecksilbers angegriffen werden. Dann kämen noch Fälle in Betracht, bei welchen sich sekundär eine Sepsis an die Quecksilbervergiftung anschließt. Wenn das Zusammentreffen der rein mechanisch von außen her wirkenden und der inneren Überempfindlichkeit nicht als reiner Zufall aufgefaßt wird, wären noch andere Folgerungen zu ziehen. Es wäre an eine Schädigung der Vasomotoren zu denken, und so am plausibelsten erklärbar, daß diese Haut einerseits eine Überempfindlichkeit gegen mechanische Reize von außen, wie auch für toxische Stoffe von innen her besitzt. Andererseits wäre es aber möglich, daß die Haut im vorliegenden Falle als Organ schwach, gewissermaßen vielleicht funktionell hypoplastisch angelegt war in allen ihren Komponenten, und dann könnten die beiden Schädigungen an verschiedenen Stellen angreifen und das toxische Moment im Chemismus der Haut begründet sein, es wäre eben eine gewisse Affinität für entsprechende chemische Substanzen in dieser Haut vorhanden.

Meine Absicht ist, darauf hinzuweisen, daß die Lösung gewisser Detailfragen bezüglich der toxischen Erytheme sicherlich nur experimentell zu lösen wäre, so z. B. ob Gefäße, Nerven, Drüsen oder Epidermisanteile den primären Angriffspunkt bilden. Vieles spricht für primäre Beteiligung des Gefäßsystems, vielleicht auf vasomotorischer Grundlage, so auch in unserem Falle das schubweise Auftreten der Erythemflecken.

Zusammenfassend möchte ich behaupten, daß das Bild einer Quecksilberintoxikation variabel ist, je nachdem, welches der Ausscheidungsorgane in seiner Widerstandskraft geschädigt ist, und nur bei universeller Minderwertigkeit aller Ausscheidungsorgane oder bei allzu großen Dosen entsteht der klassische Symptomenkomplex der Quecksilberintoxikation.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Juni 1923.

Originalbericht von L. Kleeberg-Berlin.

Krankendemonstrationen aus der Univ.-Hautklinik.

I. Arndt: 1. **Salvarsanrefraktäre Lues.** Mann mit geschwulstartiger Neubildung der Nase (tertiäre Lues) — von anderer Seite früher auf Grund der negativen Wassermannschen Reaktion und einer fälschlich gedeuteten Probeexzision als Karzinom aufgefaßt. — Auf Kalomel nur langsamer Rückgang, 15 Neosalvarsaninjektionen ohne Erfolg, erst in den letzten vier Wochen trat auf intensive Schmierkur und Kalomel rapide Besserung ein.

2. Mann mit **lupoider tertiärer Lues** (am Hals). Prompte Heilung unter Jodkali.

3. Zwei Fälle von **Lichen ruber planus.**

Digitized by Google

a) Mann mit ausgedehntem **Lichen ruber circinatus** (an kleinzirzinäre Psoriasis erinnernd).

b) **Lichen ruber follicularis** am Körper, dazwischen schuppende Herde, die eine **Psoriasis** vortäuschen, ausgedehnter Lichen ruber des Gesichts mit auffallender Ähnlichkeit mit **Lupus erythematodes.** Typischer Lichen ruber im Mund. Frei ist der behaarte Kopf, Handrücken. Allgemeinbefinden gut. Arsentherapie zeigt guten Erfolg.

4. **Metastatisches Karzinom der Kopfhaut** (der bläulichrote haarlose Fleck erinnert an Lupus erythematodes). Die histologische Untersuchung bestätigte, daß es sich um eine Metastase nach der vor $1^1/_2$ Jahren vorgenommenen Mammaoperation handelt.

5. **Boecksches Sarkoid.** Blaurote, walnußgroße kutane und subkutane Knoten mit grauen Stippchen im Gesicht, an den Streckseiten der oberen Extremitäten und Nates. Vater an Lungentuberkulose gestorben. Pat. selbst früher Grippepneumonie. Lungen jetzt klinisch und röntgenologisch normal. Tuberkulinintradermoreaktion negativ.

II. Bruhns zeigt a) eine Pat. mit seit $1^1/_2$ Jahren bestehendem **Erythema induratum** an der Beugeseite des Unterschenkels. Im histologischen Bild auffallend: typisches tuberkulöses Gewebe im Innern der Vene.

b) Pat. mit **schwerster Salvarsanmelanose** (tiefste blauschwarze Verfärbung des ganzen Körpers) nach sechs Salvarsaninjektionen. Schleimhäute sind frei. In dem tiefen Schwarz der Haut verursachen **weiße Flecke,** die aus scheinbar gesunder Haut, nicht aus Abszessen, entstanden sind, und flache, **linsengroße, atrophische anetodermatische Herde** von trüberer Färbung, das charakteristische scheckige Aussehen der Arsenmelanose.

Diskussion: Buschke macht darauf aufmerksam, daß die Pat. einen ausgesprochenen Basedow hat, es liegt nahe, für die Melanose eine endokrine Störung auf dem Wege der Nebennieren anzunehmen.

Heller sah bei seinen Fällen von Salvarsanmelanose nur weiße Flecke an Stellen alter Narben auftreten. Bei einer Luminaldermatitis eines nicht luetischen Pat. beobachtete er auch das Auftreten dieser weißen Flecke.

Pinkus weist darauf hin, daß sich bei der Pat. außer den mitgeteilten Erscheinungen auf der pigmentierten Haut über den ganzen Körper verteilt, ganz einem **Lichen ruber ähnliche** plane Knötchen befinden.

Buschke verweist auf seine Arbeiten, wonach der Lichen ruber nicht als eine Krankheit sui generis, sondern nur als Reaktionsform auf die verschiedenartigsten Reize einer besonders gearteten Haut aufzufassen ist.

Arndt meint, daß bis jetzt keine Berechtigung vorliegt, den Lichen ruber als eignes Krankheitsbild zu leugnen; man muß immer an die Provokation eines echten Lichen ruber unter der Behandlung denken.

III. Heller zeigt einen jungen Mann mit **Thomsenscher Myotonie,** der als Kind auch Zeichen **kongenitaler Lues** gehabt hat — Vater hatte Lues — und mehrmals antiluetisch behandelt wurde. Die Nervenerkrankung hat mit Lues nichts zu tun. Die Schwester des Pat. leidet auch an Myotonie.

Diskussion: Wittgenstein weist darauf hin, daß auch isolierte Fälle von Thomsenscher Krankheit ohne hereditäre Belastung vorkommen.

IV. Adler zeigt einen Mann, der nach der ersten Injektion seiner zweiten Salvarsankur ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Exanthem bekam, das zur Zeit zum größten Teil abgeheilt ist und das er am ehesten für eine **Pigmentlues** halten möchte.

Diskussion. Buschke: Es handelt sich wieder um ein **Lichen-ruber-ähnliches Salvarsanexanthem;** primäre Pigmentlues kommt nicht vor.

Lesser: Schon von Fournier ist die primäre Pigmentlues beschrieben worden.

Kleeberg weist darauf hin, daß er schon bei der Vorstellung der ersten Fälle Buschkes von Lichen-ruber-artigen Salvarsanexanthemen eine eigne Beobachtung aus der Breslauer Klinik desselben Krankheitsbildes mitteilen konnte.

Hier handelt es sich auch wieder um ein Lichen-ruber-ähnliches Salvarsanexanthem. Außer den Lichen-ruber-ähnlichen Herden erinnern manche an Darier, von den Kriegsmelanosen sind uns ja Lichen ruber, Lupus erythematodes, Darier ähnliche Krankheitsbilder bekannt.

V. Aussprache zu dem Vortrag. Kobrack: **Über die klinische Bedeutung der syphilitischen Innenohrerkrankungen.**

Bab arbeitete gemeinsam mit Lehmann und hält in Fällen unklarer Luesanamnese, bei negativer WR, zur Klärung der Frage, ob eventuell eine Ansteckung vorliegt, das Akustikusphänomen für ein ausschlaggebendes Symptom.

Digitized by Google

Lesser warnt vor Überschätzung dieses Symptoms; erst müssen noch zahlreiche neue Kontrolluntersuchungen bei Gesunden vorliegen. Da das Phänomen doppelseitig auftritt, ist es wenig zu verwerten. Alle Ohrenkranken müssen selbstverständlich bei der Beurteilung ausgeschaltet werden. Wer weiß aber, ob der betreffende Pat. vor seiner Luesinfektion wirklich ohrgesund gewesen ist?

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Physiologische Studie der Chokerscheinungen (nitritoide Krisis, hervorgerufen durch intravenöse Arsenobenzol-Injektionen (Physiological Study of the Phenomena of Shock (Nitritoid Crisis), Produced by Intravenous Injections of Arsenobenzols), von Marcel Pomaret. (Lancet, Nr. 5179, S. 1178.) Nach den Untersuchungen P.s ist der nach intravenösen Salvarsan- (Arsenobenzol-) Injektionen zuweilen vorkommende Chok ein rein physikalischer Vorgang, bedingt durch den verminderten Blutdruck und die dadurch entstehende „nitritoide" Krisis. Es ist dies nur eine Abart des Phenolchoks, da dieselben Symptome beim Gebrauch von Trinitrophenol und Phenol beobachtet werden. Im Lichte der an Hunden vorgenommenen Experimente und der graphischen Aufnahme an Menschen ist das Schlußergebnis, daß der Salvarsanchok = nitritoide Krisis nur infolge eines physikalischen Prozesses vorkommt und nicht das Ergebnis von Erscheinungen ist, die durch chemische aus dem Arsenik des Salvarsanmoleküls entstehende Toxine sich einstellen. Unter den verschiedenen, zur Verhütung des Choks empfohlenen Mitteln seien der Zusatz von Adrenalin (nach Milon), von Alkali, von Zucker zu den Salvarsanlösungen genannt, auch die Exo-Hämophylaxis (nach Flandin und Tzanck). Aber all diese Mittel haben nur geringen Erfolg, und die sicherste Methode zur Vermeidung der nitritoiden Krisis ist, Arsenikverbindungen nur auf intramuskulärem Wege, wozu P. sein „Eparseno" empfiehlt, zu geben. Vom intravenösen also möglichst Abstand zu nehmen. M. Stern-München.

Veränderungen des Blutdrucks unter intravenösen Injektionen von Karbolsäuremischungen (Arsenobenzolen 606, 914 usw.) (Variations of Blood Pressure Under Intravenous Injections of Phenolic Compounds [Arsenobenzols 606, 914 etc.]), von M. Pomaret. (Lancet, 1922, Nr. 5180, S. 1220.) Wie die an mit Chloral betäubten Hunden ausgeführten Experimente erweisen, ist das Hauptsymptom des Choks, wie er bei intravenösen Salvarsaninjektionen zuweilen beobachtet wird, rasches Sinken des Blutdruckes, was ganz ähnlich dem Sinken des Blutdruckes nach intravenösen Injektionen einfacherer Karbolsäure-Verbindungen, wie Trinitrophenol und Karbolsäure, ist. Der Chok ist um so intensiver, je saurer und infolgedessen mehr mit Blutplasma präzipitierend (flockulierend) die injizierte Lösung ist. Der Salvarsanchok ist also hauptsächlich Karbolsäurechok. Intramuskuläre Injektionen von Salvarsankomponenten verursachen bei Hunden nicht die (für intravenöse Injektionen) hier beschriebenen Herz-Gefäß-Störungen. M. Stern-München.

Die anti-koagulierenden Eigenschaften der Arsenobenzole; ihre klinischen Verwendungen: „Exo-Hämophylaxis" — Bluttransfusion (The Anti-Coagulating Properties of the Arsenobenzols. Their Clinical Applications: „Exo-haemophylaxis" — Blood Transfusion), von Ch. Flandin und A. Tzanck. (Lancet, 1922, Nr. 5179, S. 1177.) Verff. waren die ersten, welche die blutgerinnungshemmenden Eigenschaften des Salvarsans sowohl in vivo wie in vitro nachwiesen. Die Wirkung der Koagulationsverhinderung scheint weder von der Menge der injizierten Dosis noch der Anzahl der gegebenen Injektionen abzuhängen. Die Verhinderung der Blutgerinnung kann sich von 30 Minuten bis zu 24 Stunden und noch länger hinziehen. Der Chirurg oder Geburtshelfer muß der Tatsache eingedenk sein, daß Salvarsan die Blutgerinnung verhindert,

Digitized by Google

so daß sie von dessen Injektion einige Tage vor Operationen oder Entbindungen Abstand nehmen. Andererseits kann eine Salvarsaninjektion guten Einfluß haben, indem es in gewissen Fällen, wie von Asphyxie, wenn das Blut im Lumen eines Gefäßes zu gerinnen droht, die Blutung erleichtert. Hauptsächlich sind es zwei Arten praktischer Anwendung, „Exo-Hämophylaxis" und die andere bei der Bluttransfusion. Exo-Hämophylaxis besteht in kurzem darin, in die Spritze, welche die konzentrierte (in 1—2 ccm destillierten Wassers) Salvarsanlösung enthält, 10—20 ccm Blut einzusaugen und dieses Gemenge nach 5—15 Minuten mit der in situ gebliebenen Nadel zu injizieren; auf diese Weise wird die Empfindlichkeit des Blutes außerhalb des Organismus — Exo-Hämophylaxis — herabgesetzt und werden in 60—70% der Fälle die aus Intoleranz vorkommenden Salvarsanzufälle vermieden. Die Exo-Hämophylaxis ist eine wirkliche Blutautotransfusion. Zwei weitere Methoden von Desensibilisierung werden ebenfalls durch die antikoagulierende Wirkung des Salvarsans erleichtert: die Autoplasma- und die Autohämotherapie. Die Bluttransfusion wird schließlich in hohem Maße dadurch erleichtert, daß man in das Gefäß, welches das Blut des gesunden Menschen aufnehmen soll, eine kleine Menge Salvarsanlösung gibt; es sei darauf hingewiesen, daß man bei dieser Transfusion nur Glas- oder Metall- (keine Gummi-) Gefäße verwenden darf, da Gummi die antikoagulierende Wirkung des Salvarsans teilweise aufhebt.

M. Stern-München.

Die Behandlung der gegen intravenöse Arseneinspritzungen intoleranten Syphilitiker (Comment traiter les syphilitiques intolerants aux injections intraveneuses de sels arsénicaux), von Georges Drouet. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 47.) Bei geringen Intoleranzerscheinungen (geringe vasomotorische Störungen, geringes Fieber, leichte Urtikaria oder Exantheme einige Stunden oder Tage nach der Einspritzung) kann die Behandlung fortgesetzt werden, jedoch ist Vorsicht erforderlich, eventuell Adrenalin zu geben. Bei Frauen jedoch mit stärkeren Zeichen der Labilität des sympathischen Nervensystems ist von intravenöser zu intramuskulärer oder subkutaner Behandlung überzugehen. Verschiedenes Verhalten bei großer Intoleranz; bei starken Exanthemen und starker Abmagerung statt Salvarsan Hg oder Wismut, bei starkem Fieber anderes Salvarsanpräparat oder statt intravenöser intramuskuläre oder subkutane Behandlung, bei nitritoiden Krisen ist an Stelle anderer Salvarsanpräparate Neosalvarsan und vorher Adrenalin zu geben. Bei sehr sensiblen Personen ist lieber auf intravenöse Behandlung zu verzichten, zur intramuskulären kommen Eparseno und Sulfarsenol in Betracht; doch kommen auch hierbei tardive nitritoide Krisen vor. In solchen Fällen handelt es sich um absolute Intoleranz, die auch vorliegt, wenn die anderen Erscheinungen in verstärkter Weise auftreten. Es ist dann zunächst Wismut zu versuchen, das aber auch Intoleranzerscheinungen nitritoide Krisen zeitigen kann, dann Hg, doch kann möglicherweise auch dieses nicht vertragen werden, so daß man dann die Syphilis ihren Gang gehen lassen muß.

E. Levin-Berlin.

Salvarsan und Blutplättchen, von Gerhard Leder-Breslau. (M. Kl., 1922, Nr. 41, S. 1320.) Ausgehend von der experimentellen Untersuchung der Beeinflussung der Blutplättchen durch parenterale Zufuhr von Eiweiß- und anderen Reizkörpern und angeregt durch die klinische Beobachtung, daß in einzelnen Fällen nach Salvarsananwendung stärkere Uterusblutungen entstehen, hat Verf. systematisch bei einer größeren Patientenzahl die Blutplättchen gezählt. Es wurden die Zählungen kurz vor der Salvarsaninjektion, 1—2 Minuten, 10—20 Minuten, 5—7 Stunden und 24 Stunden nach der Injektion gezählt. In den meisten Fällen erfolgt eine Thrombozytenschädigung, die in einer Verminderung der Plättchenzahl besteht. Mit Ausnahme eines Falles wurde die Blutplättchenzahl aber sehr rasch wieder ausgeglichen. Es wäre wichtig, einmal bei allen im Verlaufe einer Salvarsankur auftretenden Erkrankungen, die auf eine Veränderung der Blutplättchenzahl schließen lassen (starke Menstruationen, ohne Veranlassung auftretende Blutungen usw.), und bei allen sonst zur Beobachtung kommenden Salvarsanschädigungen die Blutplättchenzahl regelmäßig zu kontrollieren. E. Langer-Berlin.

Purpura im Verlaufe der Novarsenobenzolintoxikation (Le purpura au cours des intoxications par le novarsénobenzol), von R. Rabut und P. Oury. (Presse méd., 1922, Nr. 75.) Zwei tödlich verlaufene Fälle. 1. Tabiker, der mehrere Serien von Novarsenobenzol ohne Zwischenfall vertragen hatte, erkrankt 5 Stunden nach einer Einspritzung mit starken Zahnfleischblutungen, am nächsten Tage am ganzen Körper zahlreiche ovaläre Purpuraeffloreszenzen und größere Ekchymosen, ähnliche Effloreszenzen an den Schleimhäuten, subkonjunktivale Blutung, nach einigen Tagen Hämatemesis, Hämaturie, Exitus 9 Tage nach der Einspritzung. 2. Patient mit einem Primäraffekt

Digitized by Google

zeigt während einer ersten Serie von im ganzen 4,5 Novarsenobenzol mehrmals Kopfschmerzen bei stärkeren Dosen, während einer zweiten nach einer Pause von einem Monat vorgenommenen Serie geringe Spuren von Albumen, bei der letzten Einspritzung einige Ekchymosen am Gaumen, angeblich durch energische Mundreinigung entstanden, am nächsten Tage heftiges Nasenbluten, dann Entwicklung von Hämatomen und Ekchymosen, auch am Augenlid, Exitus nach 17 Tagen. Beide Male handelte es sich um Kranke in vorgeschrittenerem Alter, bei denen jedenfalls eine verminderte Funktionsfähigkeit von Leber und Nieren vorlag. Kleine Zeichen von Intoleranz waren der Purpura voraufgegangen. In beiden Fällen war eine Verzögerung der Blutgerinnung nachweisbar. Intensive, zunehmende Anämie; keine kernhaltigen roten Blutkörperchen, keine Myelozyten, beträchtliche Leukopenie. Es handelte sich um die Kombination des Symptomenkomplexes von Purpura und Hämophilie, und sogar um die Andeutung einer perniziösen Anämie, die infolge des rapide eintretenden Todes keine Zeit hatte, sich voll zu entwickeln. Durch Salvarsane können folgende Gruppen von hämorrhagischen und Purpura ähnlichen Erscheinungen hervorgerufen werden: isolierte Hämorrhagien, einfache Purpura mit oder ohne Hämorrhagie, Purpura rheumatica, akute hämorrhagische Purpura. Daß die Salvarsane eine antikoagulierende Wirkung haben, ist in vitro und im Tierexperiment nachgewiesen worden, sie ist im allgemeinen sehr vorübergehend, verlängert sie sich, so können dadurch die genannten Nebenerscheinungen auftreten, die vielleicht eine bereits vorher bestehende Störung der Blutbeschaffenheit zum Ausbruch bringen, gewöhnlich jedoch rein auf das Salvarsan zu beziehende Intoxikationserscheinungen darstellen. Die bekannte vasodilatatorische Eigenschaft der Arsenpräparate kommt noch zu der antikoagulierenden hinzu. Die beschriebenen Intoxikationserscheinungen scheinen einer speziellen Konstitution des Salvarsans, und zwar dem Benzolkern zuzuschreiben zu sein, sie wurden bei dem Kakodylat und Atoxyl niemals beobachtet.

E. Levin-Berlin.

Über Erkrankungen der Leber und der Gallenblase, besonders über die akute gelbe Leberatrophie, von R. Ehrmann-Berlin. (M. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1457.) Aus der Arbeit heben wir als wichtig für die Leser dieser Zeitschrift folgendes hervor: 40 Fälle mit 30 Obduktionen innerhalb 5 Jahren. Plötzliche oder schleichende Entwicklung aus einer Hepatitis. Es scheint, als wenn hier besonders starke toxische oder Bakterienwirkung bereits in der geschädigten Leber die bekannten Nekrosen hervorruft. In der Hälfte der Fälle ging Salvarsanbehandlung voraus. Vielfach recht späte und schleichende Entwicklung von Hepatitis und darauffolgender Atrophie. Der Spätikterus wird wohl durch eine klinisch zuerst nicht manifeste Hepatitis hervorgerufen. Vielleicht kommt dann noch eine alimentäre Schädigung oder eine bakterielle vom Blut oder Darm aus hinzu. Daneben akute Atrophie im unmittelbaren Anschluß an recht wenig Injektionen. In anderen Fällen Auftreten erst nach Magenverstimmungen, die durch verschiedene Nahrungsmittel bedingt waren. Andererseits begünstigen Gewalteinwirkungen das Gelingen eines toxischen oder bakteriellen Angriffes. Auch vorher schon bestanden Zirrhose oder Gruppen kamen zur Beobachtung. Akute gelbe Leberatrophie, die im Verlauf oder Monat nach einer Salvarsanbehandlung auftritt, ist als Salvarsanfolge aufzufassen.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der toxischen Leberdystrophie (sogen. akuten gelben Leberatrophie), von Georg K. Gruber-Mainz. (M. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1207.) Acht Fälle. Es scheint aus der Analyse der Fälle hervorzugehen, daß toxische, wohl in Stoffwechselprodukten oder Leibessubstanzen von Bakterien bestehende Schädlichkeiten eine Rolle beim Zustandekommen der akuten gelben Leberatrophie geben können. Sie sind als auslösende Umstände neben begünstigenden Momenten in Rechnung zu setzen. Fälle des Puerperiums und der Schwangerschaft sind wohl auch als Toxikosen zu betrachten, die in diesen Zuständen auftreten können. Warum bei diesen es einmal bei kleinen Nekrosen bleibt, in anderen Fällen zu den ausgedehnten Parenchymzerstörungen der gelben Leberatrophie kommt, ist unklar. Sicher ist, daß weder Syphilis noch Salvarsan, noch beiden zusammen eine überwältigende ursächliche Bedeutung zukommt. Da die Syphilis eine sehr häufige Infektionskrankheit ist, wird sie unter den Leberentartung erzeugenden Infektionen häufiger und jetzt häufiger als früher beobachtet werden müssen. Die Nekrose setzt nicht immer zuerst im Zentrum der Läppchen ein. Der Ikterus entsteht durch Eröffnung der Gallenwege, entsteht also mechanisch. Da die Erkrankung weder immer akut ist noch ein gelbes Organ produziert und der Parenchymuntergang keine Atrophie ist, schlägt Gruber obigen Namen vor.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Zur Frage der Provokation von Ikterus und Leberatrophie durch Salvarsan bei Infektionen der Leber und Gallengänge, von Wilhelm Wechselmann und Hans Wreschner, Rudolf-Virchow-Krankenh. Berlin. (M. Kl., August 1922, Nr. 34, S. 1080—1082.) An Hand von mehreren Krankengeschichten wird gezeigt, daß es unrichtig ist, Leberveränderungen, Ikterus und ähnliche Erkrankungen des Magen-Darmkanals nach Salvarsaninjektionen auf das Konto der Salvarsanschäden zu setzen, denn besonders jetzt in der Nachkriegszeit ist bei vielen infolge überstandener Darminfektionen (Typhus-, Paratyphus-, Ruhr-, Koli-Bazillen), sowie nach Malaria die Leber in einen Zustand der Krankheitsbereitschaft versetzt, wo dann schon geringe Anstöße genügen, diesen latenten Zustand zu offenkundigen Krankheitserscheinungen zu führen.

A. de Lemos-Hamburg.

Beitrag der Beziehungen des Arsens zur Leber und zur Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von Gottschalk-Mayen. (M. Kl., 1922, Nr. 39, S. 1255.) Mit Rücksicht auf die starke Affinität, die das im Salvarsan enthaltene Arsen bei der intravenösen Einverleibung zur Leber zu haben scheint, gibt Verf. bei der sekundären Syphilis eine maximale Schmierkur von 36—42 Einreibungen von Ung. Hydrargyri cinerei à 3 g kombiniert mit insgesamt 1—1,5 g Silbersalvarsan in Einzeldosen von 0,1—0,15—0,2.

G. Heymann-Elbing.

Ein Fall von okkulter Malaria, durch Salvarsan manifest geworden, von Wesener-Aachen. (M. m. W., 1922, Nr. 47, S. 1626.)

A. v. Notthafft-München.

Gehäuftes Auftreten von Malaria in Verbindung mit Lues und Salvarsan, von K. Isaac-Krieger und W. Löwenberg, I. Inn. Abt. des Rudolf-Virchow-Krankenh., Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 32, S. 1024—1025.) Augenblicklich ist eine starke Zunahme an Malaria, zum mindesten in Berlin, zu beobachten. Jede Fiebersteigerung im Verlauf einer Salvarsankur darf nicht als übliche Reaktion auf das Medikament angesprochen werden, sondern verpflichtet uns dringend, in eingehendster Weise nach einer Malaria zu forschen. Die Erkrankung wurde bisher nur bei Männern beobachtet, auch bei solchen, die Deutschland nie verlassen haben. Neben Tertianaformen fanden sich relativ viel Tropikafälle. Nur in 3 Fällen war anamnestisch keine Lues nachweisbar. Alle übrigen hatten eine sichere Syphilis und waren mit Salvarsan behandelt worden. Das Zusammentreffen verschiedener Schädigungen: Lues, Salvarsan, Malaria, kann einen von dem üblichen Bild der Malaria abweichenden und schwereren Krankheitsverlauf erzeugen.

G. Heymann-Elbing.

Die Malariaerkrankungen der Berliner Bevölkerung und der Zusammenhang mit der antiluetischen Salvarsantherapie, von Günther Hanel-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 51, S. 1615.) Bericht über 10 Fälle von Malaria, wovon 3 Tertiana, 6 Tropika waren und 1 Fall eine Kombination beider Typen darstellte. Bei 9 Kranken Lues in der Anamnese, von denen 7 mit Salvarsan vorbehandelt waren. Bei 5 Patienten betrug der Zeitraum zwischen der letzten Salvarsaninjektion und dem Ausbruch der Malaria nur wenige Tage. (Provozierender Einfluß des Salvarsans!) Wie andere faßt auch Verf. den häufig so schweren Krankheitsverlauf auf als Folge der dreifachen Körperschädigung durch Lues, Malaria und Salvarsan.

F. Landauer-Berlin.

Über eine durch Neosalvarsan ausgelöste „Grippeenzephalitis" und drei weitere Salvarsanschädigungen, von F. März-Stuttgart. (M. m. W., 1923, Nr. 14, S. 424.) Es wird über 4 Fälle von Salvarsanschädigung mit vorwiegender Hirnbeteiligung berichtet. 2 Fälle verliefen tödlich, einer kam zur Heilung, einer endete mit einem der Encephalopathia postgripposa ähnlichen Zustand. Als Hauptursache der Salvarsanschädigungen wird relative Überdosierung bei Individuen angenommen, deren Organe primär minderwertig oder durch Lues, Alkohol, Epilepsie, Malaria, Grippe und andere noch aufzudeckende Faktoren bereits geschädigt sind.

A. v. Notthafft-München.

Über das Auftreten der tropischen Malaria in Deutschland, ihre Epidemiologie und Beziehung zum Salvarsan, von J. Gordon-Hamburg. (Kl. W., 1923, Nr. 10, S. 442.) Der Überträger der Malaria in Deutschland ist Anopheles maculipennis, seltener bifurcatus. Neben endemischen Infektionsherden kommen als Hauptquelle Malaria-Parasitenträger in Betracht. Bei uns sind im Sommer Temperaturen, oft sogar recht lange anhaltend, die in der Mücke eine günstige Entwicklung der Plasmodien zulassen. Die Frage des Überwinterns der Plasmodien ist noch nicht völlig geklärt. In Deutschland hatten 89,7% aller veröffentlichten Fälle Lues in der Anamnese, außerdem trat die Malariaerkrankung erst nach mehreren Salvarsaninjektionen bzw. am Ende der

Digitized by Google

Kur zutage. Als Erklärung hierfür könnte man annehmen, daß das Salvarsan anfänglich durch die Spirochäten bzw. ihre Produkte im Körper gebunden wird. Sind diese zum größten Teil beseitigt, so wird Salvarsan frei und kann jetzt eine provozierende Wirkung auf die im Körper latenten Malariakeime ausüben. Eine direkte Übertragung durch die Injektionsspritze und Kanüle kommt wohl mit Ausnahme von Unfällen kaum in Frage. Merkwürdig ist, daß bisher nach anderen parenteralen Injektionen von Mitteln, von denen wir eine Provokation bei Malaria kennen (Milch, Adrenalin, Quarzlampenbestrahlung), und die vielfache Verwendung finden, keine Malariaprovokation bei uns bekannt geworden ist. Um die Tropikaausbreitung aufzuklären, wäre streng epidemiologische Erfassung dringend notwendig. E. Langer-Berlin.

Über Neosilbersalvarsan, Novasurol und Cyarsal, von O. Evening-Düsseldorf. (D. m. W., 1923, Nr. 3, S. 87—89.) Die Wirkung des Neosilbersalvarsans ist nicht besser als die des Neosalvarsans. Angioneurotische Symptomenkomplexe wurden in geringerem Maße als bei Silbersalvarsan beobachtet. Das Neosilbersalvarsan scheint eine bessere Dauerwirkung zu haben. Bei der Verwendung von Mischspritzen gibt Verf. dem Novasurol den Vorzug vor Cyarsal, rät jedoch vor ihrer Anwendung ab, da sie keine energische und anhaltende Wirkung ausüben. F. Harry-Wiesbaden.

Resultate der einzeitig kombinierten Salvarsan-Sublimat-Behandlung der Syphilis, von E. Schmidt, Univ.-Hautkl., Tübingen. (M. Kl., 1922, Nr. 3, S. 74—76.) Im allgemeinen wurde pro dosi 0,45—0,6 g Neosalvarsan + 0,02—0,04 Sublimat injiziert. Im seronegativen Stadium wurden meistens 6 Spritzen, im seropositiven 10—12 in Abständen von 3—4 Tagen gegeben. Für die erstere Klasse wurde nach 6—8 Wochen eine zweite Behandlung mit 4 Spritzen, bei den seropositiven Fällen nach ebensolcher Pause eine Serie von wieder 10—12 Spritzen gegeben. Bei 63 seronegativen Kranken, die im Laufe von 3 Jahren nach diesen Grundsätzen behandelt wurden, war in allen Fällen Rezidivfreiheit zu konstatieren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gleichzeitige intravenöse Injektionen von Neosilbersalvarsan und Quecksilber, von Harald Boas und Börge Pontoppidan-Kopenhagen. (M. Kl., 1922, Nr. 41, S. 1316.) Verff. haben als Mischspritzen Neosilbersalvarsan mit Novasurol bzw. mit Cyarsal kombiniert und konnten zwischen den beiden Kombinationsmethoden keinen Unterschied trotz des geringeren Quecksilbergehaltes des Cyarsals feststellen. Über die Wirkung äußern sie sich sehr zufriedenstellend, besonders bezüglich der körperlichen Allgemeinwirkung wie auch über die rasche Beseitigung der Spirochäten aus den Indurationen und nässenden Papeln. Über die Dauerwirkung können sie noch kein Urteil abgeben. Unangenehme Nebenwirkungen haben sie nicht beobachten können.
E. Langer-Berlin.

Die einzeitig kombinierte Salvarsan-Cyarsalbehandlung der Syphilis in der ambulanten Praxis, von M. Knebel-Würzburg. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 186.) Die äußeren Krankheitserscheinungen heilten rasch ab. Nebenerscheinungen wurden selten beobachtet. F. Harry-Wiesbaden.

Klinische und serologische Bedenken gegen die Cyarsal-Neosalvarsan-Mischinjektionen, von H. Nover-Mainz. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 119.) Es wurden häufig unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Hypertrophische Papeln verhielten sich völlig renitent. Ferner traten 2—3 Monate nach beendeter Kur häufig klinische und serologische Rezidive auf. F. Harry-Wiesbaden.

Fieber bzw. Hyperthermie bei toxischer Dermatitis, von Fritz Jacoby-Magdeburg. (M. m. W., 1923, Nr. 12, S. 362.) 2 Fälle von Quecksilber-Salvarsandermatitis, die von Hyperthermie begleitet waren. Auffallend war die völlige Anidrosis.
A. v. Notthafft-München.

Erfahrungen bei der einzeitig kombinierten Neosalvarsan-Novasurolkur, von Fred Hess-Stettin. (M. m. W., 1923, Nr. 3, S. 85.) Empfehlung dieser Methode. Die der Mischspritze beigegebene Novasurolmenge ist 0,1. A. v. Notthafft-München.

Über die Hg- und As-Dosierung bei der Therapie der Lues hereditaria, von Leopold Moll-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 623.) Der Säugling verträgt, wie andere toxisch wirkende Arzneimittel, auch Hg und Salvarsan in verhältnismäßig größeren Dosen als der Erwachsene. Von der Schmierkur ist Verf. ganz abgekommen und behandelt kombiniert mit Sublimat und Neosalvarsan, letzteres intravenös oder intramuskulär. Nach 2 Sublimatspritzen läßt Verf. Hg und As abwechselnd geben und schaltet immer eine Woche mit nur 2 Sublimatinjektionen zwischen, im ganzen verabfolgt er in 10 Wochen 0,04 g Sublimat und 0,6—1,0 Neosalvarsan.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der unspezifischen Heilwirkung des Quecksilbers, von A. Buschke und E. Sklarz-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1538—1541.) Bekannt ist die unspezifische Heilwirkung des Quecksilbers in der sonst bei der antiluetischen Therapie üblichen Form in der Ophthalmologie und Neurologie. Man sah gute Beeinflussung bei sympathischer Ophthalmie, Iritis, Chorioiditis, Sklerochorioiditis, Retinitis, perforierenden, infizierten Augenverletzungen, Neuritis, ferner bei Pseudotumor cerebri u. a. m. Die Wirkungsweise des Hg und auch der parenteral einverleibten unspezifischen Stoffe wird durch Auslösung chemischer oder chemisch-physikalischer Vorgänge in dem kolloidchemisch aufgebauten Körper erklärt. Verff. glauben, daß der Begriff der spezifischen Wirkung von Heilmitteln immer größere Einengung erfahren wird, je mehr wir Einblick in die feineren Vorgänge im Organismus gewinnen werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Fixe Quecksilberdermatitis, von Erich Langer. (M. Kl., 1922, Nr. 44, S. 1406.) 30jähr. Patientin. Örtlich wieder aufflammendes, nur auf beide Unterschenkel streng symmetrisch begrenztes Erythem, das nach der zweiten Injektion von Hg salicyl. auftrat, sich nach weiteren 3 Novasurolinjektionen wiederholte und dann bei der nächsten (6.) Hg-salicyl.-Injektion fortblieb und während der Behandlung auch durch Neosalvarsaninjektionen nicht provoziert wurde. Dieses Erythem zeigte große Ähnlichkeit mit den fixen Salvarsanerythemen, weil es bald nach der Injektion und mit starkem Jucken und Brennen entstanden ist und nicht nach der ersten Injektion und dann beständig auftrat, sondern daß es plötzlich nach einer Injektion erschien und dann auch wieder ganz plötzlich fortblieb. Auch durch den vorliegenden Fall ist wiederum ein Beweis für das gleichartige Reagieren der Haut auf die verschiedensten Schädigungen erbracht.

M. Stern-München.

Die Ricordschen Pillen (Les pilules de Ricord), von H. Leclerc. (Presse méd., 1923, Nr. 12.) Bringt (mit 2 Bildnissen Ricords) einige Episoden aus dem Leben des Altmeisters und gibt die ursprüngliche sowie die modifizierte Vorschrift für die Ricordschen Protojodidpillen: Rp. Quecksilberjodid 0,05, Opii pulv. 0,02, Pulv. liquirit. 0,03 mel alb. q. s. ut fiat pilula. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Altes und Neues über Quecksilberdiurese, von M. Sternberg-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 13.) Im wesentlichen historische Studie. Aus Erfahrungen neuerer Zeit wird besonders die gewaltige diuretische Wirkung des Novasurols hervorgehoben; falls diese ausbleibt, sollen keine weiteren Einspritzungen gegeben werden, weil dann allzugroße Anhäufung von Hg im Körper droht. Empfehlung des Hydrargyrum oxydulatum tannicum. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Studien über die diuretische Wirkung des Novasurols, von H. Bohn-Stuttgart. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1923, Bd. 31, H. 3—6, S. 302—315, und Klin. W., 1923, Nr. 8, S. 352.) Versuche an Kaninchen, denen 0,5 ccm Novasurol intraglutäal eingespritzt wird. Novasurol greift (wie das Theozin) extrarenal an. Es verändert zunächst primär die Blutzusammensetzung: Hydrämie und Hyperchlorämie. Sekundär — als Folge dieser veränderten Blutverhältnisse — setzt eine starke Polyurie und Hyperchlorurie ein. Dieses Plus an Wasser und Kochsalz wird wahrscheinlich aus dem Gewebe genommen, es findet eine Entquellung des Gewebseiweißes statt, während beim Theozin Wasser und Kochsalz im Blute selbst mobilisiert wird. Bei einem Kaninchen, das 1,0 Novasurol bekam, trat eine Nephritis als Ausdruck der Quecksilberintoxikation auf.

F. Landauer-Berlin.

Stauungsniere, essentielle Nierenschädigung und Novasurolanwendung, von Schlayer. (M. Kl., 1922, Nr. 45, S. 1425.) Zur Beseitigung der Herzinsuffizienz hat Schl. in vielen Fällen vom Novasurol Gebrauch gemacht, und zwar ohne Nachteil auch in solchen Fällen, wo die spätere Untersuchung bzw. Autopsie eine arteriosklerotische Schrumpfniere ergab. Schwere, luetische Nephrose (mit Albuminurie und Zylindern) werden oft ausgezeichnet von Novasurol beeinflußt. Eine der Hauptvoraussetzungen, vorsichtige Dosierung $^1/_2$—$^3/_4$ ccm, mit Purostrophan (Güstrow) oder Strophantin zusammen injiziert, sei die Anfangsdosis. Von der Art, wie die Niere bzw. die Diurese darauf reagiert, wird es abhängig gemacht, wie rasch und ob wir zu höheren Dosen übergehen, die aber durchaus nicht immer notwendig sind. M. Stern-München.

Über intravenöse und intramuskuläre Quecksilberinjektionen mit Neomerlusan, von R. Matzenauer-Graz. (W. m. W., 1923, Nr. 1, S. 58.) Als Hg-Präparat empfiehlt Verf. das Neomerlusan, eine Verbesserung des von Buchtala gefundenen Merlusans, einer Tyrosin-Quecksilberverbindung. Von der Firma Bayer & Co., Budapest, werden zur intravenösen Injektion Ampullen von 2,2 ccm mit einer 1%igen

Digitized by Google

Lösung und zur intramuskulären Injektion Ampullen von 1,1 ccm einer 7%igen Lösung hergestellt. Erstere ist auch zur Mischspritze verwendbar, da es mit Salvarsan eine klare und haltbare Lösung eingeht. Die intramuskulären Neomerlusaninjektionen sollen so gut wie schmerzlos sein. E. Langer-Berlin.

Über eine neue Behandlungsweise der Syphilis mit Quecksilber-Schmelzstäbchen (Stylone cum hydrargyr. MBK), von Paul Mulzer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 14, S. 428.) Die Stäbchen werden in einer gewöhnlichen Rekordspritze über der Flamme zum Schmelzen gebracht. Ein Springen der Spritze könne man durch Vorsicht unbedingt vermeiden. An Vorzügen rechnet Mulzer sauberste Handhabung und Unmöglichkeit der Überdosierung, größte Billigkeit, weit geringere lokale Beschwerden und bedeutend geringere Infektionsgefahr. A. v. Notthafft-München.

Quecksilber-Schmelzstäbchen zur intramuskulären Injektion unlöslicher Quecksilberverbindungen, von A. Pinctower-Breslau. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 185.) Empfehlung der Anwendung von Quecksilber-Schmelzstäbchen (Hersteller: Kronen-Apotheke, Breslau). Die Vorteile bestehen hauptsächlich in genauer Dosierung des Hg und geringer Schmerzhaftigkeit bei der Injektion. F. Harry-Wiesbaden.

Merkurosal in der Syphilisbehandlung (Mercurosal in the Treatment of Syphilis), von H. N. Cole, J. R. Driver und J. G. Hutton-Cleveland. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 22, S. 1821—1824.) Die Studien über die Wirksamkeit dieses Quecksilberpräparates bei 38 nur klinisch beobachteten Luesfällen haben ergeben, daß das Merkurosal gegenüber den bisher gebräuchlichen Präparaten keine Vorzüge besitzt.

F. Quasig-Hamburg.

Ergebnisse experimenteller Syphilisforschungen, von Paul Uhlenhut-Marburg. (M. Kl., 1922, Nr. 40, S. 1273.) Verf. bespricht die moderne Behandlung der Spirillosen, deren experimentelle Prüfung in großem Umfange erst durch die Übertragung der Syphilis auf das Kaninchen ermöglicht wurde. Verf. hat versucht, die Arsenkomponente durch Antimon zu ersetzen bzw. Arsen und Antimon zu kombinieren, und hat mit diesen Präparaten, die weiter ausgebaut wurden und noch werden, im Tierexperiment Heilungen erzielen können. E. Langer-Berlin.

Zur Chemotherapie der Kaninchensyphilis mit organischen Antimonpräparaten, von Uhlenhut und Seiffert-Marburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 1/3, S. 177 bis 181.) Unter den verschiedenen Antimonpräparaten hat sich eine Verbindung von Antimon und Arsen am besten bewährt, deren Zusammensetzung noch nicht bekannt gegeben werden kann. Gute Resultate wurden mit m-Chlor-p-azetylaminophenylstibinsaurem Natrium erzielt. Bei Anwendung von 0,03—0,04 g pro kg Körpergewicht trat in 100% Heilung ein. Die Dosis toxica liegt bei 0,12 g pro kg. Der weitere Ausbau der Antimontherapie der Syphilis bietet hoffnungsvolle Ausblicke.

F. Harry-Wiesbaden.

Über „Neo-Antiluetin" (Antimon hydrargyrum), von M. Tsuzuki-Himeji (Japan). (D. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1511—1512.) Neo-Antiluetin ist eine Kombination von Kalium-Ammonium-Antimonoxyd-Tartrat mit neutralem Sulfonsäure-Natrium-Salizylquecksilber. Es reagiert neutral und ist in H_2O leicht löslich. Die Gesamtmenge für eine Kur pro Patient (50 kg Körpergewicht) beträgt 0,975 g. Bei subkutaner Injektion wird der Zusatz von 1% Novokain empfohlen. Die Auflösung des Neo-Antiluetins geschieht in 0,6% Na-Cl-Lösung. Betreffs Dosis und Zahl der Injektionen wird auf die Arbeit über Antiluetin (D. m. W., 1913, Nr. 21) verwiesen.

F. Harry-Wiesbaden.

Über die Wirkung neuer Wismutpräparate bei der experimentellen Kaninchensyphilis, von F. Plaut und P. Mulzer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 16, S. 487.) Gute Resultate wurden mit Bismogenol erzielt, während Trépol, Neotrépol, Muthanol, Quimby und Milanol nicht zufriedenstellten. Wie wenig man aber von Tierversuchen auf den Menschen schließen darf, zeigt, daß es den Versuchern gelungen ist, mit Neosalvarsan prompte Sterilisierung zu erzielen. — Von mehreren MBK-Präparaten lieferte eines, das Embiol genannt wird, so gute Resultate hinsichtlich Spirochätentötung, Einfluß auf das syphilitische Gewebe und Bekömmlichkeit, daß es jetzt beim Menschen verwendet werden soll. A. v. Notthafft-München.

Die Trepoltherapie der Syphilis und die Behandlung dieser Erkrankung im allgemeinen, von G. Scherber-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1826—1830, Nr. 46, S. 1881—1887, Nr. 47, S. 1929—1935, Nr. 48, S. 1982—1987.) Intensive Wirkung auf die äußeren, klinischen Symptome. Verschwinden der Spirochäten rasch. Ebenso rasch resorbierende Wirkung auf die gummösen Infiltrate. Sehr günstige Beeinflussung der

Digitized by Google

Wassermannschen Blutreaktion, besonders auch bei hartnäckigen, positiven Fällen. Bei Nervensyphilis außer Negativwerden der Blutreaktion in einer Anzahl von Fällen Besserung mancher Symptome (besonders gastrischer Krisen, Incontin. urinae, ataktisches Symptome). Nebenwirkungen: gelegentliche stärkere, lokale Schmerzen an der Injektionsstelle; Mattigkeit, Brechreiz, Durchfälle, Stomatitis und Mundulzerationen mit eigentümlich bräunlich-violetter Verfärbung. Ferner, meist gegen Ende der Kur oder nach Abschluß Schmerzen in der Muskulatur des Schultergürtels und der Oberarme. Zur Behandlung: Trepol kombiniert mit Neosalvarsan oder in alternierenden Kuren, eventuell in Verbindung mit Fieberkuren (Alttuberkulin, Phlogetan) bei hartnäckig positiver Blutreaktion und Nervenlues. H. Soltmann-Leipzig.

Wismut bei Syphilis (Trepol und Milanol), von Felke-Rostock. (M. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1411.) Nach günstigen Versuchsergebnissen mit dem ausländischen Präparat Trepol wurde das einheimische Milanol (trichlorbutylmalonsaures Wismut) herangezogen. Es hat vor dem ersteren Mittel voraus, daß es sich leichter aufschütteln läßt und kleinere Muskeldepots verträgt. Die Resorption ist ausgezeichnet (Lipoidlöslichkeit) und daher sind die örtlichen Schmerzen meist gering. Die Erfolge sind die bereits bekannten. Über diese hinaus führt die Angabe, daß auch die WR in nicht zu alten Fällen schwand oder sehr gering ward; häufig geht sie mit unregelmäßiger Bewegung zurück. Es kann gut zur kombinierten Kur an Stelle des Hg verwendet werden. A. v. Notthafft-München.

Die Chemotherapie der Syphilis durch Wismutverbindungen, von G. Giemsa-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1452.) Versuche mit einem von den brasilianischen Forschern Horta und Ganns empfohlenen Bismutyltartarat. Vor dem Trepol hat dieses den Vorzug der geringen Alkaleszenz und der Wasserlöslichkeit voraus. In die Blutbahn von Mäusen injiziert wirkt auch diese Wismutverbindung um das 10fache giftiger als bei subkutaner Einspritzung. Beim Kaninchen zeigen sich die ersten Vergiftungserscheinungen in einer Nierenschädigung. Bei kleineren Dosen tritt die spirillozierte Wirkung langsamer ein, aber die Heilung erfolgt trotzdem prompt. Es scheint also, daß auch leichtlösliche Wismutverbindungen lange im Körper bleiben. Dieses läßt die nicht ungefährliche Depotbehandlung entbehren. In vitro wird die Pallida erst von stärkeren Konzentrationen angegriffen. A. v. Notthafft-München.

Wismut bei Syphilis, von Felke, Univ.-Hautkl. Rostock. (M. m. W., 1922, Nr. 52, S. 1781.) Milanol, trichlorbutylmalonsaures Wismut, übertrifft das Quecksilber in seiner Wirkung auf die Spirochäten weit, erzeugt therapeutisches Initialfieber und Jarischsche Reaktion. Die Wirkung auf Syphilisprodukte war eine sehr gute. Die WR schlägt nicht so rasch um wie bei kombinierter Hg-Salvarsanbehandlung, der Umschlag zeigt sich aber oft 3—6 Wochen nach Abschluß der Kur. Einmal günstiger Erfolg bei einer ikterischen Syphilitikerin, bei welcher Hg und Salvarsan nicht gegeben werden konnten. Bei Syphilis I soll Salvarsan und Wismut verwendet werden. Im Sekundärstadium liegen die Verhältnisse bei einer Wismutkur günstiger. Kombinierte Salvarsan-Wismutkuren haben keinen rascheren Serumerfolg als reine Wismutkuren. Etwaige Wismutanämie, die zu vermerken wäre, und Wismutsaum am Zahnfleisch verschwinden nach einigen Wochen von selbst. Die wohl selteneren Nierenreizungen sind unbedeutend und heilen leicht. Es handelt sich um elektive Schädigung der Epithelien der Hautkanälchen (Epithelien, Epithelialzylinder, nicht oder nur in Spuren Eiweiß!). Phtisiker vertragen Wismut schlecht. A. v. Notthafft-München.

Zur Wismutbehandlung der Syphilis, von L. Görl und L. Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1923, Nr. 5, S. 143.) Präparat: Bismogenol. Veröffentlichung einiger Fälle von unerwünschten Nebenwirkungen. Einmal Herzschwäche und Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit. Mehrmals Kopfschmerzen, besonders am Hinterkopf, motorische Unruhe, Schlaflosigkeit, selbst Depression und Sensibilitätsstörungen, besonders in den Händen. Es handelt sich wohl um unmittelbare Vergiftung zentraler Elemente. Die Störungen ließen sich durch Aussetzen des Medikamentes, meist aber schon durch Zurückgehen mit der Dosis vollständig wieder aufheben. Die in der Literatur angegebene Dosis 0,2, die gleich 1,0, dürfte in solchen Fällen verderblich wirken können. Das Wismut hat eine dem Salvarsan ähnliche Wirkung und ist daher angezeigt bei Salvarsan- und Quecksilberrefraktären oder gegenüber diesen Mitteln intoleranten Kranken, bei schlechten Venen, und wo heute in der Privatpraxis die Kosten Salvarsanbehandlung verbieten. A. v. Notthafft-München.

Die Wismutbehandlung der syphilitischen Aortitis (Le traitement des aortites syphilitiques par le bismuth), von Francis Bordet-Paris. (J. de Méd. de Paris, 1923,

Digitized by Google

Nr. 11.) Das Mittel zeigte sich wirksam gegen die subjektiven Beschwerden, ein Rückgang der Dilatationen konnte nicht beobachtet werden, doch gelang es, sie in ihrem Umfange zu fixieren. Bei schwachem Herzen muß die Behandlung eine sehr vorsichtige sein, obgleich im allgemeinen die Toleranz eine bessere ist als bei den intravenösen Salvarsaneinspritzungen, infolge der langsameren Resorption. Angewendet wurde Jod-Wismut-Chinin in öliger Suspension; bei frischen unkomplizierten Fällen Serien von 12 Einspritzungen zu 2—3 ccm alle 2—3 Tage, und zwar 3—4 Serien mit Pausen von 4—5 Wochen. Wismut kann noch nicht als das Medikament der Wahl bezeichnet werden, es kommt in Betracht, wenn Hg und Salvarsan schlecht vertragen wird. Die Wirkung ist langsamer als die des Salvarsans, von Wert ist seine große Toleranz.

E. Levin-Berlin.

Weitere Versuche der Syphilisbehandlung mit Wismut, von Hugo Müller-Mainz. (M. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1659.) Die Arbeit, liefert einen Überblick über die Geschichte der Antimon- und Wismuttherapie der Syphilis und berichtet über die mit französischen und deutschen Präparaten in Mainz gemachten günstigen Erfahrungen. Hervorzuheben ist der entschiedene Einfluß auf die WR und auf Nervensyphilis. Verf. warnt aber davor, daß nun in der Praxis mit den doch noch recht ungenügend geprüften deutschen Präparaten darauflos gewirtschaftet wird.

A. v. Notthafft-München.

Zur Therapie der Syphilis mit Wismutpräparaten, von J. Voehl-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1923, Nr. 7, S. 210—212.) Es wurden 50 Pat., die allen drei Stadien der Lues angehörten, und zwar 12 mit Quinby und 38 mit Bismogenol behandelt. Die Spirochäten in Primäraffekten und Papeln waren bereits 6 Stunden nach der Injektion weniger zahlreich und weniger beweglich, verschwanden teils nach 12, teils nach 24 Stunden, waren aber bei einzelnen Fällen noch nach 72 Stunden nachweisbar. Die Ulzera der Primäraffekte heilten meist nach 3—4 Einspritzungen ab. Die indolenten Drüsenschwellungen wurden nicht so rasch wie nach Hg- und Salvarsantherapie beeinflußt. Exantheme verschwinden in 10—14 Tagen, hypertrophische Papeln und Plaques muqueuses wurden sehr rasch kleiner und verschwanden nach 2—5 Injektionen. Die großen Pusteln und Ulzerationen bei Lues maligna heilten nach 6—7 Spritzen ab. Die Alopecia specifica bildete sich in allen Fällen nach beendeter Kur zurück. Tertiärerscheinungen besserten sich sehr rasch. Nebenerscheinungen wurden nur in Form von Bismogenolstomatitis und -saum am Zahnfleisch beobachtet. Nach den bisherigen Erfahrungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß das Wismut dem Hg an Wirkung überlegen ist, dagegen dem Salvarsan nicht gleichkommt.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Bismutsalze in der Behandlung der Syphilis (Sali di bismuto nella cura della sifilide), von P. de Favento. (Policlinico, 1923, Nr. 8.) Verf. behandelte 50 Fälle mit Trepol. Dosis 0,15 zweimal pro Woche; Gesamtdosis 2 g. Reine Bismuttherapie. Von den 50 Fällen waren 30 bisher unbehandelt, 9 darunter waren Wassermann-negative-, 21 Sekundär- oder Tertiärfälle. Die anderen 20 waren schon mit Neosalvarsan oder Hg behandelt worden, hatten sich aber als refraktär erwiesen. Sehr gute Einwirkung des Medikamentes auf die Symptome aller Stadien, besonders auf die P.A., welche nach 4—5 Injektionen verschwunden waren. 4 Primär- und 2 Sekundärfälle, welche 2 Serien von Trepolinjektionen erhalten hatten, waren nach 8 Monaten symptomlos bei negativer WR. Verf. beobachtete nie üble Nebenerscheinungen irgend einer Art.

E. Freund-Triest.

Zur endolumbalen Behandlung der lanzinierenden Schmerzen bei Tabes und spastischer Zustände an den unteren Extremitäten mit Bromnatrium, von H. Lippmann-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 8, S. 245—246.) Es wurden bei Tabes 1%ige Lösungen Bromnatrium, bei Spasmen 1,6%ige Lösungen endolumbal injiziert und zwar 10 ccm pro injectione im Abstand von 14 Tagen. Im ganzen wurden bei Tabes 3 Injektionen, bei spastischen Zuständen höchstens 8 Injektionen gemacht. Verf. ist mit den Erfolgen dieser Behandlung recht zufrieden. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen über das Benkosche Jodpräparat „Mirion" bei Syphilis und anderen Erkrankungen, von Eduard Kratter, II. med. Kl. Berlin. (M. m. W., 1923, Nr. 5, S. 141.) Bei dem Präparat Mirion ist das Jodion dem Hexamethylentetramin angeschlossen und dieser Komplex in das Kolloid Gelatine eingefügt. Aus seinen Beobachtungen zieht Verf. den Schluß, daß die Hauptaufgabe des Mirion in der Therapie und Diagnostik der Lues in seiner mobilisierenden bzw. provozierenden Fähigkeit gegenüber „latenten" Krankheitsherden und den in den Geweben verankerten Spirochäten ge-

Digitized by Google

legen ist. Bei generalisierter Syphilis folgt auf kurzen Anstieg der Erscheinungen ein sehr rascher Rückgang einschließlich der WR. Letztere bleibt noch länger negativ als bei den kombinierten Hg-Salvarsankuren. A. v. Notthafft-München.

Über einen mit Organluetin behandelten Fall von maligner Syphilis. Ein Beitrag zur Vakzinebehandlung der Syphilis, von Alfred Perutz-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 12, S. 383.) Eine zunächst ungenügend behandelte Syphilis, bei der wegen schwerer Stomatitis Hg fortgelassen werden mußte, zeigte bei Salvarsanbehandlung dauernd Rezidive in Form von Rupia bei negativer WR. Auf Vakzinebehandlung mit Luetin gingen die Erscheinungen zurück und kehrten während einer Beobachtungszeit von 13 Monaten nicht wieder. Die vorher negative WR war nach der dritten Einspritzung komplett positiv geworden und blieb so 3 Monate, um dann allmählich wieder negativ zu werden. Es erscheint der Schluß berechtigt, daß bei der Salvarsanwirkung außer der spirilliziden Eigenschaft noch die Reaktionsfähigkeit der Zelle bzw. des Organismus vorhanden sein muß. Fehlt diese (manifeste Erscheinung bei negativer WR), so bleibt die Salvarsanwirkung aus (Salvarsanfestigkeit oder -resistenz). Jedoch kann eine Steigerung der immunisatorischen Kraft durch Anregungsmittel bewirkt werden: Hg, Jod, Mirion. Gelingt dies nicht (bleibt die WR negativ), dann tritt die Vakzinebehandlung in ihre Rechte: Organluetin, parenterale Eiweiß- bzw. Kolloidbehandlung.

E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Venerisches Granulom.

Ulcus molle, von Felix Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 52.) Sammelreferat.

F. Landauer-Berlin.

Die Behandlung chronisch verlaufender Ulcera mollia mit Rivanol, von Levy-Lenz-Berlin. (M. Kl., 1923. Nr. 2.) In Fällen schnell weiter um sich greifender (phagedänischer) oder schlecht heilender Ulcera mollia erscheint Um- und Unterspritzung mit einer Rivanollösung 1 : 500 mit Zusatz von $^1/_2$% Novokain als schnell und sicher wirkende Methode. E. Levin-Berlin.

Über Ulcus molle im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose, von Wilhelm Roeb-Bonn. (Inaug.-Diss., Bonn 1920.) Verf. hat 6 Fälle zusammenstellen können, denen er einen eigenen hinzufügt. Diese Seltenheit des Ulcus molle bei Kindern erklärt Verf. mit dem an und für sich den übrigen Geschlechtskrankheiten gegenüber vorhandenen selteneren Auftreten und der fast ausschließlich durch den Geschlechtsverkehr erfolgenden Übertragung. Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Vakzineinfektion II. Stadium, diphtherische Hautgeschwüre, ulzerierter Herpes genitalis und Ulcus vulvae acutum. E. Langer-Berlin.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Ein neuer Gonokokkennährboden, von Friedrich H. Lorentz-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 49, S. 1695.) Lorentz rühmt einem Aszitesagar, der 0,02% Milchsäure enthält, gute „Sterilisierbarkeit, ausgezeichnete Durchsichtigkeit, leichte Herstellung und überlegenes Kulturresultat" nach. A. v. Notthafft-München.

Die Gonokokkenkultur durch Zellaufschließung, von Sachs-Müke-Königsberg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 7—8, S. 260—263). Befreit man die Gonokokken durch Zentrifugieren mit 0,1—0,3%iger H_2O_2-Lösung aus der Einlagerung in Leukozyten, so gelingt fast regelmäßig ihre Züchtung auf Aszites- oder Blut- oder Schweineblutserumnekrose-Agar. Das Verfahren der Zellaufschließung eignet sich vor allem bei der Verarbeitung älteren Materials. F. Harry-Wiesbaden.

Über Gonokokkeninfektion einer Wunde, von Juschtschenko. (Medicinskaja Myssl, 1922, Nr. 19—21, S. 501.) Über dem Amputationsstumpf am Knie einer Frau entwickelte sich im Anschluß an Kratzeffekte eine nicht verheilende Wunde, welche, wie die bakteriologische Untersuchung ergab, Diplokokken enthielt, die sich nach Gram entfärbten, die ersichtlich aus der Vagina stammten, wo sie gleichfalls nachgewiesen werden konnten. A. Jordan-Moskau.

Die Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken in vitro et in vivo, von K. W. Jötten und C. Pasch, Hyg. Inst. Leipzig. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., 1922, Bd. 98, S. 161—173.) Verff. untersuchten, ob bei weißen Mäusen subkutane und intraperitoneale Injektionen chemischer Mittel einen Schutz gegen spätere Einspritzungen sonst

Digitized by Google

tödlicher Dosen toxischer Gonokokken hervorrufen können. Sie haben eine große Reihe chemischer Mittel untersucht und festgestellt, daß den Resultaten des Reagenzglasversuches keineswegs die des Tierversuches entsprechen. Selbst vorherige Mischung von Gc mit Ag-Präparaten und dreistündiger Brutschrankaufenthalt vor der Injektion führte keine Entgiftung der nachgespritzten Gc herbei. Aus der im einzelnen näher nachzulesenden Arbeit geht die für die Blennorrhoetherapie wichtige Tatsache hervor, daß Silberpräparate, die vom Gewebe aus sehr gut Gc tötende Eigenschaften aufweisen, noch lange nicht entgiftend wirken, sondern die Endotoxine oft geradezu aufschlössen. Nach den Versuchen der Verff. waren die Quecksilberpräparate, vor allem Sublimat und Argoflavin, für die entgiftende Wirkung im Tierversuch am brauchbarsten und auch den Silbersalzen überlegen. Die von den Verff. neu eingeführte Versuchsanordnung dürfte für die Prüfung neuer Antigonorrhoika von Wichtigkeit sein.

F. Jacobsohn-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Die Gonorrhoe als chronische Erkrankung, von A. Buschke und E. Langer-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 3, S. 65—67.) Verff. betonen unter Beschreibung einiger interessanter Beobachtungen und statistischer Zahlen, daß nicht nur die weibliche Blennorrhoe, sondern auch die der Männer durchaus chronisch mit längeren Latenzstadien einhergehen kann. Nach ihren Beobachtungen können die von Haus aus aëroben Gonokokken auch unter anaëroben Verhältnissen sich lebend erhalten. Die Therapie der Blennorrhoe der männlichen Genitaladnexe ist nur in den allerwenigsten Fällen eine chirurgische. Die besten Resultate scheinen die Heißluftbehandlung und Vakzinebehandlung mit frischer, aus einem oder mehreren Stämmen hergestellter Vakzine zu geben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die chronische blennorrhoische Spermatozystitis und ihre Behandlung (La spermatocystite blennorhagique chronique et son traitement), von G. Gayet. (Lyon med., 1922, Nr. 23.) Die Störungen, die durch die chronische Vesikulitis hervorgerufen werden, bestehen in dauerndem oder nach Reizungen intermittierend wieder auftretendem Ausfluß, häufig verbunden mit Hämospermie, ferner in Schmerzen am Perineum und der Analgegend, in chronischen Rheumatismen, in allgemeinen neurasthenischen Beschwerden und Erscheinungen von Impotenz. Die hiergegen vorgeschlagenen operativen Verfahren sind: 1. Vasopunktur; Freilegung des Vas deferens beim Austritt aus dem Leistenkanal durch eine kleine Inzision, Einführen einer Kanüle, Einspritzen eines Antiseptikums, am besten Kollargol. Die kleine Öffnung kann nach Fixieren an der Haut leicht offen gehalten und die Einspritzung wiederholt werden. 2. Vasotomie unterscheidet sich von der vorhergehenden nur dadurch, daß der Kanal der Länge nach geschlitzt wird. 3. Vesikulotomie erfordert einen ähnlichen, jedoch tiefer gehenden Eingriff wie die perineale Prostatektomie; die Samenblase wird dann inzidiert, ausgewaschen und für eine kürzere oder längere Zeit drainiert. 4. Vesikulektomie entspricht dem gleichen Verfahren bei Tuberkulose, doch liegen bei Blennorrhoe die Verhältnisse für die Operation durch Ödem der Gewebe ungünstiger. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der gonorrhoischen Samenblasenerkrankungen und ihrer Bedeutung für den Verlauf der Gonorrhoe, von H. Junker, Derm. Abt. Charlottenburg. (M. Kl., 1923, Nr. 8, S. 236.) Die Untersuchungen wurden unter Zugrundelegung der Methode von R. Picker (Untersuchung bei gefüllter Blase des mit aufgerichtetem Oberkörper mehr auf der Hand des Untersuchers sitzenden Patienten) durchgeführt und auf besonderes Auffangen von Prostata- und Samenblasensekret besonderer Wert gelegt. Bei 76 Patienten fand sich in 70% Spermatozystitis, davon 68% blennorrhoischer Natur, und zwar mit einwandfreien Gonokokken in 22%, mit zweifelhaften in 4%. Palpatorische ausgesprochene pathologische Veränderungen fanden sich in 51% der nachgewiesenen Samenblasenerkrankungen. Das Sekret zeigt sich meist in Form gallertiger Ausgüsse. Meist bestand gleichzeitig Prostatitis, in Fällen von Epididymitis war Spermatozystitis stets vorhanden. In Verbindung mit dieser fanden sich noch in einigen Fällen Peri-Spermatozystitis und deutlich zu palpierende Ampullen. Die Prozentzahl der positiven Fälle zeigt das häufige Befallenwerden der Samenblasen an, darf aber nicht im Sinne einer üblen Prognose quoad sanationem verwertet werden, da eine solche, wenn auch oft erst in längerer Zeit, durch sorgfältige Behandlung (Massage, Spülungen) zu erreichen ist. E. Levin-Berlin.

Die bakterioskopische Diagnose der Rektalgonorrhoe, von A. Calmann-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 50, S. 1678.) Statt mit Hilfe Simonscher Spekula von der Rek-

Digitized by Google

talschleimhaut die gonokokkenhaltigen eitrigen Streifen oder schmutzig-grauen Beläge abzustreifen empfiehlt Verf. dieselben dem entleerten Stuhlgange, an dem sie sich regelmäßig finden, zu entnehmen. F. Harry-Wiesbaden.

Über Meningitis gonorrhoica, von L. Lindenfeld, Krankenh. Wieden-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 6.) Ein 53jähr. Eisenhobler kam mit Erscheinungen einer lymphogenetischen Sepsis ins Krankenhaus. Beginn der Krankheit 5 Wochen zuvor mit plötzlich einsetzendem Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen in allen Extremitäten, nachher Husten, Erbrechen, Schwerhörigkeit. Im Krankenhaus Auftreten eines pneumonischen Herdes, Exitus nach 14 Tagen. Die Obduktion ergab: Leptomeningitis purulenta acuta spinalis praecipue lumbalis et Leptomeningitis purulenta incipiens cerebralis, Oedema cerebri acutum, Abscessus vesiculae seminalis sin., Epididymitis chron. sin., Bronchopneumonia lobi inf. dext. — In Aufstrichpräparaten aus dem Eiter fanden sich Mikroorganismen, welche mit großer Wahrscheinlichkeit aber nicht mit voller Gewißheit als Gonokokken zu denken waren. In der Literatur hat L. 9 Fälle ähnlicher Art verzeichnet gefunden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

c. Therapie.

Die physikalische Therapie der Geschlechtskrankheiten, von Heinrich Perl-Frankfurt. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1922, Nr. 20, S. 625.) Die chirurgischen und biologisch-chemischen Heilmethoden haben die physikalische Therapie immer mehr verdrängt. Bei richtiger Indikationsstellung aber ergibt sie im Verein mit den anderen Methoden ausgezeichnete Resultate. Verf. bespricht dann die allgemein bekannten physikalisch-therapeutischen Maßnahmen bei den Geschlechtskrankheiten. Die neueren Versuche zur Heilung der Blennorrhoe mit Elektrolyse (Peyser) und Röntgenstrahlen (Wetterer) hält er für praktisch noch nicht spruchreif. G. Aßmann-Barmen.

Über Versuche mit Gonokokkentrockenvakzine, von A. Buschke und Erich Langer-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 51, S. 1613.) Im Gegensatz zu der leicht verderbenden, im Handel befindlichen flüssigen Vakzine behält die Trockenvakzine noch nach Jahren ihre Wirksamkeit. Klinische, mit Gonokokkentrockenvakzine angestellte Versuche ergaben günstige therapeutische Resultate, mußten jedoch wegen dabei regelmäßig auftretender, längere Zeit anhaltender Schmerzen vorläufig abgebrochen werden. F. Landauer-Berlin.

Die Verwendung von intramuskulären Injektionen von Milch und von Vakzinen zur Behandlung der Blennorrhoe (De l'emploi des injections intramusculaires de lait et de la vaccinothérapie dans la traitement de la Blennorragie), von A. Tausand-Paris. (Presse méd., 1923, Nr. 4, S. 37.) Auf der Abteilung von Hudelo am Hôpital St. Louis hat Verf. eine größere Reihe von Gonokokkeninfektionen mit Injektionen von steriler Milch (2—5 ccm) behandelt und hat gute Resultate erzielt, namentlich bei Komplikationen mit Prostatitis, Orchitis, Epididymitis und Folliculitis periurethralis. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erkrankungen der Harnröhre, von E. Portner-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 20, S. 632—634, Nr. 21, S. 669, Nr. 22, S. 700, Nr. 23, S. 734.) Tripper der vorderen Harnröhre: (Einspritzungen, Stärkeskala der verschiedenen Medikamente) Spülungen, Dehnungen, Knopfsondenbehandlung, Reizproben. Abortivbehandlung. — Tripper der hinteren Harnröhre. Wirksamer als alle Narkotika, Balsamika oder Diluentia ist die sofortige örtliche Behandlung der hinteren Harnröhre mit Spülungen, Einträufelungen und Dehnungen (Didaysche, Janetsche und Druckspülungen mit Arg. nit. 1:1000). Bei klarerem Urin gebe man das Medikament in konzentrierter Form als Einträufelung Ag. nit. $2^1/_2$ %. — Komplikationen: Prostatitis acuta (Arthigon intravenös, Sitzbäder, Arzbergersche Birne, bei Harnverhaltung sofort Katheterismus). Prostataabszeß: Bei schweren Allgemeinerscheinungen sofort Operation. Prostatitis chronica gonorrhoica und non gonorrhoica. (Massage, Spülungen und Dehnungen). — Samenblasenentzündung, Nebenhodenentzündung, Samenstrangentzündung, paraurethrale Infiltrate, Kavernitis, paraurethrale Gänge, Cowperitis, Lymphangitis des Penis, Tripperrheumatismus, Mastdarmtripper und die üblichen Behandlungsmethoden. A. de Lemos-Hamburg.

Erkrankungen der Harnröhre. I. Tripper des Weibes, von E. Portner-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 34, S. 1095—1096.) Besprechung der üblichen Gonorrhoetherapie. Bei hartnäckigen Fällen von Urethralgonorrhoe empfiehlt P. Spüldehnungen 2mal wöchentlich 5—20 Min. Dehnungen werden vorgenommen mit dem vorderen Dehner des Mannes, gespült wird mit heißer Argentum-nitricum-Lösung 1:1000.

Digitized by Google

II. Zervikalgonorrhoe. (M. Kl., Nr. 35, S. 1122—1123.) Besprechung des Nachweises und der Behandlungsmethoden bei Zervixgonorrhoe, Bartholinitis, Cystitis gonorrhoica und Erkrankung der Skeneschen Drüsengänge; letztere verätzt Verf. mit feinem Draht, um den etwas Arg. nit. geschmolzen ist.

III. Heiratsfähigkeit nach Tripper. (M. Kl., Nr. 36, S. 1155—1156.) 1. Beim Manne. Zugabe der mechanischen und chemischen Provokationsmethoden. 2. Bei der Frau. Dehnung der Harnröhre und Auswischen der Zervix mit reiner Lugolscher Lösung zwecks Reizung und eventuell Gonokokkennachweis. Heiratsfähigkeit bei Mann und Frau erst nach Überstehen aller Provokationen. A. de Lemos-Hamburg.

Erkrankungen der Harnröhre, von Ernst Poetner-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 37, S. 1187.) Kurze Besprechung des Harnröhrenkatarrhs (Urethritis) für den Praktiker beim Manne und bei der Frau. G. Heymann-Elbing.

Zur Frage der Desinfektionswirkung der Schwermetalle auf die Harn- und Geschlechtswege, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 10, S. 313.) Unter dem Namen Pilugon wird eine Vereinigung von Salzen aus den Gruppen der Alkalien und Kobalt-Eisenverbindungen mit einem Peroxydzusatz hergestellt, deren starke keimtötende Wirkung zu einem Teile auf Adsorptionsvorgänge zurückzuführen ist. In acht Fällen von Blennorrhoe (darunter vier Erstansteckungen) zeigte sich schnelles Verschwinden der Tripperpilze, Verminderung des Ausflusses, der sehr bald schleimig-wäßrig wurde; das Protoplasma der Eiterzellen und besonders der Kerne zeigte die bekannten Zeichen der Schädigung. Es wird darauf auf sichere und schnelle keimtötende Wirkung des Mittels geschlossen, wobei Schädigungen der Schleimhäute der Harn- und Geschlechtswege ausblieben. (Ref. kann diese günstigen Erfolge nicht bestätigen. Nur ein Fall eines zweitmaligen Trippers war nach 14 Tagen gonokokkenfrei und blieb nach ungefähr acht Wochen auch auf mehrfache Reizproben geheilt. Sechs Fälle von erstmaliger Infektion verliefen sämtlich ungünstig, indem einmal nach 14 Tagen Epididymitis auftrat, in vier Fällen die Gonokokken nach 4—5 Wochen noch nicht geschwunden waren, und in dem letzten Falle die nach $3^1/_2$ Wochen geschwundenen Gonokokken nach sechs Wochen wieder auftraten. Zur Behandlung waren zwar etwas schwächere Lösungen, als in der referierten Arbeit angegeben, verwendet worden, doch dürfte dies nicht von so ausschlaggebender Bedeutung gewesen sein.) E. Levin-Berlin.

Weitere Erfahrungen mit Fulmargin, von H. Engel und F. Beer. (Ther. d. Gegenw., 1923, H. 2, S. 77.) Verf. empfiehlt Fulmargin bei akuter Epididymitis gon. und bei Arthritis gon. Injiziert wird 5—6mal je eine Ampulle von 5 ccm anfangs eintägig, dann zweitägig. Die physikalische Nachbehandlung der Arthritis ist auch bei der Fulmargintherapie unerläßlich. Bei akuter Urethritis posterior und bei Prostatitis zeigte sich kein wesentlicher Einfluß. Bei Sepsis verdient das Mittel zur Unterstützung der sonstigen Behandlung durchaus Anwendung. Schädliche Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet. G. Aßmann-Barmen.

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales. VII. Mitteilung. Über Wirkung und Anwendung des Oleum santali, von Alfred Perutz-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 11, S. 348.) Um die unangenehmen Nebenwirkungen der ätherischen Öle auszuschalten, wurde eine $1\,^0/_{00}$ige Emulsion von Ol. santali (genannt Aqua santali) in die Harnröhre eingespritzt. Es zeigte sich keine bakterizide Wirkung den Gonokokken gegenüber, jedoch häufig eine sekretionshemmende mit Abnahme der Leukozyten. Im Zusammenhang hiermit Besserung des Allgemeinbefindens und Klärung des Urins. Fortschreiten des Prozesses auf die Urethra posterior wurde nicht immer verhütet. Die ätherischen Öle sind innerlich in den Fällen anzuwenden, in denen Einspritzungen nicht am Platze sind, lokal bei sehr foudroyant verlaufenden Fällen, in denen von Silbersalzen Abstand genommen werden muß. Für diese (außer für Arg. nit.) kann auch Aqua santali als Vehikel dienen, es scheint dann auf deren höhere Konzentrationen reizmildernd zu wirken. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. August 1923 | Nr. 32 | Band 77

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Wechselmann).

Kombinierte Reizkörper-Vakzinebehandlung der Komplikationen der männlichen Gonorrhoe. Erfahrungen mit Gono-Yatren. Zugleich ein Beitrag zur Wirkungsweise der Reizkörper.

Von

Dr. Fritz Simon, Assistenzarzt.

Die Vakzinetherapie hat sich bei Komplikationen der Gonorrhoe längst eingebürgert. Die aus der Heterovakzination und unspezifischen Serumtherapie sich entwickelnde Proteinkörper- und Reiztherapie gewann gleichfalls großen Einfluß auf die Behandlung der gonorrhoischen Komplikationen. Es sei hier an die Terpentinölbehandlung nach Klingmüller, die parenterale Einführung sterilisierter Milch durch A. Weiss und Stark, und des Caseosan durch Lindig erinnert. In den Kreis der unspezifischen Therapie wurden unter anderem schon frühzeitig Gelenkerkrankungen der verschiedensten Ätiologie einbezogen, was im Hinblick auf die Bedeutung der Arthritiden als Komplikationen der Gonorrhoe wichtig erscheint. Hier sind zu erwähnen die therapeutischen Arbeiten von R. Schmidt, welcher Milch verwandte, während Heilner Sanarthrit, E. F. Müller Aolan, Munk und Fr. Meyer Nukleinsäure und Munk und Zimmer Caseosan benutzten.

In jüngster Zeit hat Bier darauf hingewiesen, daß bei den verschiedensten Krankheiten und durch die verschiedensten Reize die Heilungsvorgänge des Körpers angefacht werden können. Da außerdem beobachtet wurde, daß Medikamente, welche in ihrem chemischen Aufbau sehr verschieden waren, doch in bezug auf den Krankheitsverlauf ähnliche Wirkung ausübten — wenn auch hervorgehoben werden muß, daß je nach Art und Schwere der Krankheit und Konstitution des Körpers und je nach der Zusammensetzung des Mittels die Wirkungen nicht einheitlich waren —, lag es nahe, daß man den Versuch machte, die Wirkungsweise dieser Mittel näher zu erforschen.

Krehl und Matthes nahmen an, daß durch die parenterale Einführung des artfremden Eiweißes die eiweißabbauenden Fermente des Körpers mobilisiert würden.

Weichardt stellte den Begriff der omnizellulären Protoplasmaaktivierung und unspezifischen Leistungssteigerung auf.

Digitized by Google

Bier sah das wirksame Prinzip in Heilfieber und Heilentzündung.

In neuerer Zeit ist man daran gegangen, die einzelnen Funktionen, aus denen sich diese „Leistungssteigerung" zusammensetzt, aufzudecken. Man stellte fest, daß nach parenteraler Einführung der „Reizkörper" sich sowohl die humorale als auch die zelluläre Immunität des Körpers veränderte.

Unter anderem fand man, daß der Agglutinationstiter des Serums sich hob (Fleckseder, Weichardt und Schrader, Conradi und Bierling u. a.), und daß andere Abwehrstoffe im Blutserum sich vermehrten (Salomon, Voehl, Dresel und Freund u. a.), die Resistenz gegen Gifte zunahm (Starkenstein), eine Zustandsänderung der Blutkolloide eintrat (Gottlieb, Rosenberg und Adelsberger, Löhr u. a.), und daß in dem weißen Blutbild sich weitgehende Veränderungen zeigten (R. Schmidt, Stephan, Nürnberger, Schwenkenbecher und Siegel u. a.; Näheres siehe unten).

Bei der Anwendung der genannten Mittel stellten sich neben der Heilwirkung oft unangenehme Nebenwirkungen ein, welche in stürmischen Fieberreaktionen und anaphylaktischen Erscheinungen bestanden. Während man früher der Ansicht war, daß die Allgemeinreaktion, insbesondere hohe Temperatursteigerung, die Vorbedingung für den Erfolg sei, erkannte man später, daß man auf starke Allgemeinreaktionen verzichten und sich mit einer schwachen Allgemeinreaktion und einer deutlichen Herdreaktion begnügen konnte. Es war jedoch nicht immer leicht, diesen Gedankengang in die Tat umzusetzen, denn man hatte die Dosierung der Reizkörper nicht dermaßen in der Hand, daß man einerseits heftige Erscheinungen vermeiden und andererseits doch genügend kräftige Reize erzeugen konnte. In dem Yatren ist neuerdings ein Reizkörper gefunden worden, der konstant zusammengesetzt und aus diesem Grunde leicht dosierbar ist. Außerdem ruft seine Einverleibung keine „primäre", das ist unmittelbar nach der Einspritzung in stürmischen, gelegentlich kollapsähnlichen Zuständen bestehende Allgemeinreaktion hervor, wie sie bei anderen Reizstoffen des öfteren beobachtet wird, sondern lediglich eine nach 1 bis 3 Stunden eintretende „sekundäre" Allgemeinreaktion, die sich in mäßigem Fieber und einer geringen Müdigkeit äußert. Yatren ist ursprünglich als Antiseptikum in die Therapie eingeführt worden und wurde äußerlich angewandt (Abel, Höfling, Blum). Später erkannte man bei der parenteralen Anwendung dieses Mittels, daß seine Wirkung unmöglich darin bestehen könnte, daß es im Körper befindliche Krankheitserreger vermittels seiner bakteriziden Kraft abtötete, sondern daß es auf dem Umwege über die humorale und zelluläre Immunitätssteigerung wirkte (Bier, Dresel und Freund, Prinz). Eine schätzenswerte Eigenschaft des Yatrens ist auch die, daß es vermöge seiner bakteriziden Eigenschaft zur Sterilisation von Lösungen verwandt werden kann (Hinz, Strassmann). So entstand das Yatren-Casein, mit welchem man eine kombinierte Yatren-Eiweißwirkung erzielt (Zimmer).

Man ging hierbei zugleich von dem von Bürgi gefundenen Gesetz aus, daß eine Zuführung von im großen und ganzen gleichartig wirkenden Arzneien, wenn die einzelnen Bestandteile unter sich verschiedene pharmakologische Angriffspunkte haben, einen gewöhnlich hohen, über

Digitized by Google

dem Additionsergebnis der einzelnen Effekte liegenden Gesamteffekt auslöst (Potenzierung der pharmakologischen Wirkungen).

Yatren und Yatren-Casein wurden mit gutem Erfolg bei akuten und chronischen Entzündungen verwandt. Was insbesondere die Gelenkerkrankungen anlangt, so haben eine Reihe von Autoren (Zimmer, Prinz, E. Meyer, Weskott, Peemöller) Besserung und Heilung bei akuten und chronischen Arthritiden zu verzeichnen gehabt. Wie man ferner schon früher die Reizkörper mit anderen Mitteln kombiniert hatte — um nur einiges hervorzuheben, sei auf die Kombination von Milch mit Quecksilber (Kyrle), von Milch mit Quecksilber und Salvarsan (Scherber), von Traubenzucker und Salvarsan (Steinberg aus der Scholtzschen Klinik) bei der Luesbehandlung und von Milch mit Natrium salicyl. bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus (Edelmann) hingewiesen —, so kombinierte man auch das Yatren bei den verschiedensten Krankheiten mit anderen Medikamenten. So behandelte Kausch Diphtherie mit Di-Serum und Yatren, Köttschau Lues mit Salvarsan und Yatren, und Springut wandte bei der Behandlung von Tuberkulose mit Yatren verdünntes Alttuberkulin an.

Vor kurzem brachten Keining und Ruete eine „Staphylo-Yatren" genannte Kombination von Yatren und Staphylokokkenvakzine heraus, mit der sie gute Erfolge bei verschiedenen Staphylokokkenerkrankungen der Haut erzielten.

In der M. m. W., 1922, Nr. 50 berichtet Keining in einer vorläufigen Mitteilung über günstige Erfahrungen mit einem Mischpräparat aus Gonokokkenvakzine und Yatren, dem „Gono-Yatren", bei Komplikationen der männlichen und weiblichen Gonorrhoe.

Wir haben das Präparat, welches uns von den Behring-Werken, Marburg, zur Verfügung gestellt wurde, in größerem Maßstabe bei Komplikationen der männlichen Gonorrhoe angewandt. Im ganzen haben wir über 100 Fälle in den Kreis unserer Beobachtung gezogen, wovon über 30 Gelenk- und Sehnenscheidenerkrankungen, die übrigen andere Komplikationen, Entzündungen der Nebenhoden, Samenstränge und der Vorsteherdrüse betrafen. Das Präparat war uns zunächst in 12 Stärken geliefert worden. Wir verwandten dann aber ausschließlich nur noch eine Stärke, B. 4, da die Verwendung von 12 Stärkegraden eine unnötige Erschwerung der Therapie darstellte. Das Mittel verursachte bei intravenöser Anwendung (wir haben es hauptsächlich intravenös, seltener intramuskulär gegeben, um mit geringeren Mengen auszukommen) sowohl Allgemein- als auch Herdreaktionen. Die Allgemeinreaktion trat nicht als „primäre", einige Minuten nach der Einspritzung, sondern als „sekundäre" erst nach Verlauf von 1—3 Stunden in Form von mäßiger Temperatursteigerung, Schüttelfrost und gelegentlich von Kopfschmerz auf. Besonders in akuten Fällen wurden die Schüttelfröste nach intravenösen Injektionen als unangenehm empfunden, weshalb wir in diesen Fällen und in der ambulanten Praxis die intramuskuläre Behandlung als angezeigt erachten. Die Herdreaktion äußerte sich in „Ziehen", „Klopfen", „Arbeiten" in den erkrankten Teilen, oft in vorübergehender Verstärkung der Erscheinungen und in stets schnellem Nachlassen der Schmerzen und Schwellungen. Die Dosierung richtete sich 1. nach der Konstitution des

Digitized by Google

Erkrankten, 2. nach der Schwere des Krankheitsbildes, insbesondere danach, ob die Erkrankung akut, subakut oder chronisch war, und endlich 3. nach der Anwendungsart, ob das Mittel intravenös oder intramuskulär beigebracht wurde.

Herd- und Allgemeinreaktion traten gelegentlich nicht nur einige Stunden nach der Einspritzung, sondern auch noch ein zweites Mal am nächsten Tage auf. Neben dieser kombinierten Reizkörperbehandlung wurde in geringem Maße die sonst übliche Behandlung in Form von Umschlägen, Bädern und Hitze angewandt.

Wenn wir uns nun den Gelenkerkrankungen zuwenden, so ergab sich die Notwendigkeit, die richtige Dosierung tastend herauszubekommen. Wir begannen sowohl bei akuten als auch chronischen Gelenkleiden bei intravenöser Anwendung mit 0,5 der Stärke B. 4. Im Gegensatz zu Zimmer, welcher bei akuten Erkrankungen große Dosen gibt, um die eben erst einsetzende Immunitätsreaktion durch einen starken Reiz anzufachen, sind wir bei akuten Gelenkerkrankungen zunächst mit kleinen Dosen vorgegangen, da es sich herausstellte, daß die Herd- und Allgemeinreaktion bei anfänglicher hoher Dosierung unter Umständen zu heftig wurde und daß wir mit einem allmählichen Ansteigen zu höheren Dosen innerhalb verhältnismäßig kurzer Frist mit größerer Sicherheit zu den gleichen Ergebnissen kamen. Die chronischen Fälle dosierten wir so, daß wir ebenfalls die Reizschwelle feststellten und dann die jeweils optimale Dosis gaben. Der Abstand zwischen den Injektionen betrug in akuten Fällen, da hier die Reaktion langsamer ablief, im allgemeinen 3—4 Tage, in den chronischen Fällen gaben wir jeden 2.—3. Tag eine Spritze. In allen Fällen stiegen wir allmählich von Mal zu Mal um 0,5 ccm an bis zur Höchstmenge von 2,5 ccm intravenös. Bei intramuskulärer Anwendung ergaben sich Anfangdosen von 1 ccm und Höchstdosen von 4 ccm. Bei den akuten und subakuten Arthritiden machten wir die Beobachtung, daß latente Herde in anderen Gelenken mobilisiert wurden und zwar so, daß nach der Einspritzung an verschiedenen Stellen (Gelenken, Sehnenscheiden und Schleimbeuteln) Schwellungen und geringe Schmerzen auftraten, welche meist nach Ablauf von 2—3 Tagen verschwanden und höchstens nur noch einmal nach einer erneuten Injektion auftraten.

Zwei Krankengeschichten mögen das Gesagte verdeutlichen.

1. Fall: H. L., 20 Jahre, nie krank gewesen. Ansteckung vor 14 Tagen; vor 5 Tagen Schmerzen und Schwellung des linken Knies und linken Ellenbogengelenkes. Das linke Ellenbogengelenk schwoll unter Umschlägen mit essigsaurer Tonerde ab. Bei Aufnahme, 24. 3. 23, das linke Knie stark geschwollen und schmerzhaft, wird in Beugestellung von 160° gehalten. Aktive und passive Bewegung mit starken Schmerzen verbunden. Es besteht Ausfluß mit viel Gonokokken. Erste Urinportion leicht getrübt, zweite klar. Bettruhe.

26. III. 1,5 Gono-Yatren B. 4 intravenös.

27. III. Das Kniegelenk kann passiv bis 160° gestreckt und bis 80° gebeugt werden.

29. III. 1,5 Gono-Yatren B. 1 intravenös. 4 Stunden nach der Einspritzung Schmerzen im linken Knie, Temperatur 38,5.

30. III. Temperatur normal, Kniegelenk etwas abgeschwollen.

31. III. 1,5 Gono-Yatren B. 6 i. v. 3 Stunden nach Injektion Schüttelfrost, 39,6°.

1. IV. Temperatur zur Norm zurückgegangen.

Während der nächsten Tage keine Einspritzungen, da Pat. an einer diphtheroiden Angina erkrankt ist. Inzwischen geht die Schwellung noch weiter zurück, nur der innere Gelenkspalt noch schmerzhaft.

Digitized by Google

12. IV. 2,0 Gono-Yatren B. 4 intraglutäal. Keine Allgemeinreaktion.
13. IV. Ausfluß verstärkt, viel Gonokokken, intra- und extrazellulär gelagert. Kniegelenk schmerzfrei, die Schwellung stark zurückgegangen, Konturen des Gelenkes treten deutlich hervor. Aktive und passive Beweglichkeit zwischen 80° und 170°.
14. IV. 2,0 Gono-Yatren B. 4 intraglutäal. Temperatur 3 Stunden nach der Injektion 37,6.
15. IV. Temperatur normal.
16. IV. Schwellung des Kniegelenkes beseitigt. Pat. kann mit Stock ohne besondere Schmerzen gehen. Beginn der thermischen und Massage-Behandlung.
17. IV. 1,0 Gono-Yatren B. 4 intravenös.
19. und 21. IV. Je 1,5 Gono-Yatren B. 4 i. v. Diese letzten 3 Spritzen nur von geringen Reaktionen begleitet.
26. IV. Kniegelenk kann aktiv und passiv vollkommen gestreckt und bis 35° gebeugt werden.
27. IV. Pat. geht ohne Stock umher.

2. Fall: R., 23 Jahre, seit 14 Tagen beide Knie geschwollen. Starke Schmerzhaftigkeit in Knie- und Fußgelenken. Vermag weder zu gehen noch aufzutreten. Nach 3 Gono-Yatren-Spritzen zu je 2,5 ccm der Stärken B. 1—3 in 3tägigen Abständen Besserung; Schwellungen zurückgegangen, Schmerzhaftigkeit erheblich geringer. Nach weiteren 3 Spritzen vermag Pat. wieder zu gehen.

Bei anderen Komplikationen (Epididymitis, Funikulitis und Prostatitis) gingen wir bei der Dosierung von den gleichen Gesichtspunkten aus. Auch hier bewegten wir uns, was die Menge anbetrifft, zwischen 0,5 Anfangs- und 2,5 Enddosis. Besonders günstig waren die Erfolge bei Epididymitis und Funikulitis, wenn sie sofort mit Gono-Yatren behandelt wurden. Es gelang dann schon nach 2—3 Einspritzungen, meist jedoch nach 4 Einspritzungen, die akuten Erscheinungen vollkommen zum Schwinden zu bringen, so daß nur noch eine Schwiele bestehen blieb und der Patient nach Verlauf von $1^1/_2$—2 Wochen mit den intraurethralen Einspritzungen beginnen konnte. Im Mikroskop beobachteten wir eine sehr starke Ausschwemmung von intra- und extrazellulär gelagerten Gonokokken ohne besonders starke Eiterproduktion. Bei den chronischen Epididymitiden und Funikulitiden waren unsere Erfolge entsprechend, indem die Entzündungserscheinungen sich im Verlaufe von 2—3 Wochen vollkommen zurückbildeten und bei Beginn der Injektionsbehandlung der Harnröhre die Gonokokken nach 1—2 Tagen aus dem Eiter schwanden. In einem Falle einer chronischen Epididymitis, in dem seit 6 Jahren eine derbe Schwiele des Nebenhodens bestand, beobachteten wir nach zwei Einspritzungen von je 1,5 ccm Gono-Yatren intravenös jedesmal eine schmerzhafte Vergrößerung mit Exsudatbildung und folgender stärkerer Verkleinerung, so daß die Epididymis nachher die normale Größe und Konsistenz hatte. Auch bei Prostatitis beobachteten wir in einigen Fällen eine günstige Beeinflussung durch das Gono-Yatren.

3. Fall: G. H., 21jähr. Mann, Infektion vor einem Monat, seit 3 Tagen linksseitige Nebenhoden- und Samenstrang- und Vorsteherdrüsen-Entzündung. 1. und 2. Urin trübe. Gonokokken +. Behandlung: Bettruhe und Umschläge mit essigsaurer Tonerde.
26. IV. 1,0 Gono-Yatren B. 4 intravenös.
27. IV. Samenstrang schmerzfrei.
28. IV. Samenstrang vollkommen normal.
30. IV. Nebenhoden vollkommen abgeschwollen. Prostata nur noch wenig infiltriert. Im Ausfluß Gonokokken.
1. V. Pat. spritzt 3mal täglich eine 1 promillige Albarginlösung in die Harnröhre.
2. V. Prostata normal.
3. V. Keine Gonokokken mehr.

Digitized by Google

4. Fall: J. W., 27 Jahre. Ansteckung vor 4 Wochen, seit 4 Tagen linksseitige Epididymitis, Funikulitis und doppelseitige Prostatitis. Im Ausfluß reichlich Gonokokken. 1. und 2. Urin trübe. Kühle Umschläge.

10. IV. 1,5 Gono-Yatren B. 3 intravenös. Nachmittags 38,7.

11. IV. Nebenhoden kleiner, nicht schmerzhaft, Samenstrang dünner. Temperatur normal.

12. IV. Temperatur vormittags 38.1, nachmittags 36,5.

13. IV. 1,5 Gono-Yatren B. 3 intravenös. Nachmittags wieder Schüttelfrost, Temperatur 38,7.

14. IV. Temperatur normal. Weitere Abschwellung des Nebenhodens und Samenstranges.

16. IV. Nebenhoden noch etwas vergrößert, weich. Samenstrang normal. 1,0 Gono-Yatren B. 4 intravenös.

17. IV. Im Ausfluß viel Gonokokken. Nebenhoden ebenfalls normal groß und weich.

18. IV. 1,5 Gono-Yatren B. 4 intravenös.

19. IV. Gonokokken im Ausfluß sehr zahlreich, intra- und extrazellulär gelagert.

20. IV. 1,5 Gono-Yatren B. 4 intravenös.

21. IV. Prostata noch leicht vergrößert, mittelhart, nicht schmerzhaft.

23. IV. Beginn der intraurethralen Einspritzungen mit Albargin 1 : 1000.

25. IV. Prostata weich, rechts oben noch etwas infiltriert. Mäßig druckschmerzhaft.

27. IV. Kein Ausfluß mehr.

28. IV. Prostata überall weich. Im Exprimat Leukozyten und einzelne Diplokokken.

30. IV. Im Abstrich Leukozyten und Schleim. Pat. wird entlassen.

5. Fall: H. M., 18jähr. Mann, Ansteckung vor 2 Monaten. Vor 3 Wochen rechtsseitige Nebenhodenentzündung. Aufnahme am 19. April 1923 ergibt Gonorrhoea anterior et posterior, Prostatitis. Pat. erhält 3 Spritzen 1,5 Gono-Yatren B. 4 intravenös. Zwischen je 2 Spritzen sind 2 Tage Zwischenraum. Am Tage der letzten Einspritzung im Ausfluß viel Gonokokken. Einen Tag später beginnt Pat. mit den 3mal täglichen 1‰ Albargin-Einspritzungen in die Harnröhre. Wiederum einen Tag später sind die Gonokokken aus Ausfluß und Prostata-Exprimat geschwunden und bleiben, nachdem Pat. einige Tage lang rektal massiert war und die bereits sehr stark abgeschwollene Vorsteherdrüse normale Größe und Konsistenz angenommen hatte, weg.

Um in den Wirkungsmechanismus dieser im vorhergehenden geschilderten Therapie tiefer einzudringen, wurde in einer Reihe von Fällen das weiße Blutbild untersucht. Wie schon im Anfang hervorgehoben, hat man sich bemüht, die Reizkörperwirkung zu analysieren und hat, wie auch bereits erwähnt, besonders die humoralen Abwehrkräfte studiert. Weniger eingehend hat man sich mit der Erforschung der zellulären Abwehrkräfte befaßt. Es liegt allerdings auch zu diesem Punkt eine Reihe von Untersuchungen vor, besonders aus der allerersten Zeit der unspezifischen Behandlung, als man noch in der Hervorrufung einer Hyperleukozytose einen besonders günstigen Faktor sah. Einen gewissen Mangel zeigen die meisten Untersuchungen des weißen Blutbildes darin, daß sie zu wenig systematisch und oft ohne Kenntnis der neueren Entwicklung der Hämatologie vorgenommen worden sind. Eine Reihe von Untersuchern hat sich ferner damit begnügt, lediglich ein Ansteigen und Abfallen der Leukozytenkurve festzustellen, ohne auf den Anteil der einzelnen Elemente zu achten. Bei anderen Autoren wiederum vermißt man eine genauere Angabe darüber, welche Krankheiten sie in den Kreis ihrer Beobachtung gezogen haben, denn es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die verschiedenen Reizmittel bei verschiedenen Krankheitszuständen auch verschieden wirken, bzw. verschiedene Angriffspunkte haben. Bei einer gesunden Person lösen die Reizkörper so gut wie gar keine Reaktion aus, da sie ja lediglich an dem durch die Krankheit gereizten Gewebe angreifen, wobei sich das Arndt-Schulzsche Gesetz in

Digitized by Google

Wirkung zeigt, daß schwache Reize die Lebenstätigkeit anfachen, mittelstarke sie fördern, starke sie hemmen und stärkste sie aufheben. Daß es im Grunde genommen gleich ist, was für ein Reizmittel man anwendet (Bier) und daß es lediglich darauf ankommt, daß das angewandte Mittel bei größtmöglichem therapeutischem Erfolge die geringsten Nebenwirkungen und eine leichte Dosierbarkeit zeige, wurde schon in anderem Zusammenhange erwähnt. Wir sehen, daß einerseits parenterale Milchinjektionen bei den mannigfaltigsten Erkrankungen die jeweils krankhaft gereizten Gewebe zu erhöhter Abwehrtätgkeit anfachen und den Organismus veranlassen, elektiv eine bestimmte Abwehrkomponente zu entwickeln, und daß andererseits, z. B. bei Gelenkerkrankungen, wie oben dargelegt, die verschiedensten Mittel wirksam sind.

Um auf die morphologische Blutuntersuchung zurückzukommen, finden wir entsprechend wechselnde Ergebnisse, deren Mannigfaltigkeit nach obigen Ausführungen verständlich erscheint. Nürnberger stellte nach intravenösen Infusionen von 6 % Laevulose-, 7 % Dextrose- und physiologischer (0,9 %) Kochsalzlösung einen anfänglichen, zum Teil durch die Blutverdünnung bedingten Leukozytensturz fest, dem nach anderthalb Stunden eine neutrophile Leukozytose mit Lymphopenie folgte. Eine ähnliche initiale Leukopenie fanden Schwenkenbecher und Siegel nach Injektion von Eiweißkörpern.

R. Schmidt stellte nach Milchinjektionen am ersten Tage einen Anstieg der Neutrophilen unter gleichzeitigem Absinken der Lymphozyten fest, am folgenden Tage begannen die Neutrophilen zu sinken und die Lymphozyten sich zu vermehren, bis am dritten und vierten Tage erstere unternormale, letztere übernormale Werte aufwiesen. In Fällen von bestehender Leukozytose erfolgte schon am Injektionstage ein rasches Abfallen der Neutrophilen. Einige Krankheitsfälle reagierten ausgesprochen lympho- bzw. monozytär.

Döllken sah nach Milchinjektionen (Abijon) eine mäßige Leukozytose; eine kräftigere Vermehrung der granulierten Leukozyten bis 30000 in 1 cmm konnte E. F. Müller nach Aolan-Einspritzungen bei Wundinfektionen verzeichnen. Lindig und Kleeblatt haben bereits Blutbildveränderungen nach Caseosangaben (neutrophile Leukozytose, Eosinophilie) dazu benutzt, um Dosierungs- und Behandlungsintervall danach zu bestimmen. Nach Caseosan fanden ferner Adler und Blumberg Neutrophilie, Colombino und Pincherle Leukopenie mit folgender Leukozytose: bei Tuberkulösen sah Weicksel nach Injektion von Proteinkörpern, Tuberkulin, Kollargol, Elektroferrol und nach Höhensonnenbestrahlung eine anfängliche Neutrophilie, der als therapeutisch wirksame Blutveränderung eine Lymphozytose folgte; bei zu großer Dosis blieb die Lymphozytose aus. Ferner: Rolly: nach Milchinjektionen Neutro- und Eosinophilie und Lymphopenie, in der Rekonvaleszenz Lymphozytose; Karo, Scherfer: Leukozytose nach Terpichineinspritzungen; Pribram: bei der parenteralen Reizbehandlung des Magengeschwürs mittels Novoprotin schon 1—2 Stunden nach der Injektion stab- und segmentkernige Leukozytose mit Lymphopenie; Gow: nach Peptoninjektionen bei Septikämie Leukopenie, am deutlichsten bei vorhandener Leukozytose; Mark und Olesker: bei Endokarditis nach Trypaflavineinspritzung Sinken der

Digitized by Google

Leukozyten in 24 Stunden um 4%; STEPHAN: bei Infektionskrankheiten nach Trypaflavineinspritzungen Neutropenie, Lympho- und Monozytose.

Ich habe es mir deshalb zur Aufgabe gemacht, in einer Reihe von in sich verschiedenen Fällen die Verschiebungen im weißen Blutbild zu untersuchen. Es muß hier ausdrücklich hervorgehoben werden, daß es fast mehr noch als auf die Frage, ob die Gesamtzahl der Leukozyten sich ändert, darauf ankommt, wie sich die einzelnen Arten der weißen Blutzellen in ihren absoluten Mengen verhalten, denn nur dadurch gewinnen wir einen Einblick in die Vorgänge, die sich im Körper während der Krankheit infolge der Therapie abspielen. Auf weitere Ausführungen muß an dieser Stelle verzichtet werden. Aus meinen Untersuchungen, die sich auf das Verhalten der neutrophilen und eosinophilen polymorphkernigen Leukozyten, der Lymphozyten und der großen Monokleären (Monozyten) erstreckten (für die Durchsicht einiger Blutpräparate bin ich Herrn Prof. HANS HIRSCHFELD, Charité, zu Dank verpflichtet), ergab sich folgendes:

In allen untersuchten Fällen waren vor der Injektion die Leukozyten vermehrt; am stärksten bei akuter Epididymitis. Hier begegneten wir einer Hyperleukozytose bis zu 30000 Leukozyten in 1 cmm. Bei Gelenkerkrankungen waren die Zahlen geringer. Sie bewegten sich zwischen 13—16000.

Nach der Injektion von Gono-Yatren fiel die Gesamtzahl der Leukozyten im Verlauf von 24 Stunden in akuten Fällen um 50%, stieg dann im Verlaufe des nächsten Tages etwas an und erreichte am dritten Tage wieder einen hohen Wert. In den Fällen, in denen sich eine klinische Besserung zeigte, blieb die Gesamtzahl der Leukozyten auf der niedrigen Stufe und verringerte sich dann noch weiter. In einer Reihe von Fällen erfolgte im Verlaufe des ersten Tages ein geringer Anstieg und dann im Laufe der nächsten Tage ein stärkerer Abstieg. Die Leukozytenverminderung erfolgte auf Kosten der Neutrophilen. Die relativen und absoluten Werte der Lymphozyten und Monozyten stiegen, und zwar so, daß sich zunächst die Lymphozyten, die zur Hälfte aus großen Lymphozyten bestanden, vermehrten und später die Monozytenkurve anstieg, die noch im Steigen begriffen war, wenn die Lymphozytenzahl sich schon wieder verminderte. Die Eosinophilen reagierten unregelmäßig. Ein typisches Beispiel:

Be., Gonorrhoe. Ansteckung vor 5 Wochen. Behandlung mit intraurethralen Injektionen von Silberlösungen. Vor 3 Wochen vorübergehende Epididymitis, seit einem Tage wieder Auftreten der Epididymitis.

	Gesamtzahl der Leukozyten	Neutrophile	Eosinophile	Lymphozyten	Monozyten
16. IV. 1923	30000	26000	—	2000	2000
1,5 Gono-Yatren i. v.					
17. IV. 1923	15000	12000	150	1800	1050
18. IV. 1923	14000	7560	1120	3640	1120
19. IV. 1923	11500	5290	230	2857	3105

Was können wir aus dieser Blutbildverschiebung ersehen? Nach PAPPENHEIM ist die Blutzusammensetzung ein Ausfluß von Reizen, die entweder direkt am blutbildenden Apparat angreifen oder, vom Blute aus

Digitized by Google

wirkend, elektiv bestimmte Zellarten aus dem hämatopoetischen Apparat ins Blut locken. Bei den meisten Krankheitszuständen sind beide Möglichkeiten kombiniert. Die Blutzellen sind also nicht Zellen des Blutes, sondern Zellen des blutbildenden Gewebes, die sich als temporäre Gäste zwecks bestimmter Funktionen im Blute aufhalten und es jederzeit durch Auswanderung verlassen können. Wir haben also im Blutbild eine Übersicht über die Vorgänge, die sich im Körper auf irgendwelche Reize, infektiöse und therapeutische, abspielen. An die weißen Blutzellen sind bedeutende Abwehrkräfte gebunden, die sich in Fermentbildung und Phagozytose äußern. Dabei ist zu beobachten, daß bei verschiedenen Infektionen und je nach der Wahl des Reizmittels ganz bestimmte Zellarten im Blute vermehrt bzw. vermindert sind. Die gonorrhoischen Komplikationen stellen umschriebene Eiterungen dar, die infolge der Einwanderung der Gonokokken in die verschiedenen Organe hervorgerufen sind. Wir finden deshalb im akuten Stadium eine hochgradige neutrophile Hyperleukozytose als Ausdruck einer stark positiven Chemotaxis der Neutrophilen in der Blutbahn infolge des entzündlichen Reizes, in deren Verlauf es zum Auftreten von Jugendformen als Zeichen eines sekundären regenerativen zytoplastischen Reizes kommt.

Wie bei jeder anderen akut einsetzenden Entzündung tritt im lymphatischen System zunächst eine abnorm niedrige Tätigkeit (Hypofunktion) zutage; demzufolge findet man geringe Lymphozytenwerte im Blut. Mit dem Fortdauern der Entzündung dagegen bzw. mit ihrer Abnahme erholen sich die Stammzellen der vorher aus dem Blut verdrängten Lymphozyten und Monozyten, es wird, nachdem die Leukozyten als erste Abwehrtruppe ihre Schuldigkeit getan und den größten Teil der Angreifer vernichtet haben, der übrige Abwehrapparat mobilisiert. Es treten alsdann, unter Verringerung der Neutrophilen die Lymphozyten — als Zeichen der Regeneration bis zu 50 % als große Lymphozyten —, in Funktion; am Orte der Entzündung äußert sich dies als kleinzellige oder Rundzellen-Infiltration (wobei nach Marchand die Lymphozyten zum Teil auch aus indifferenten Wanderzellen des Bindegewebes, aus den Lymphgefäßen und aus ruhenden Adventitiazellen stammen), im Blut als relative und absolute Lymphozytose.

Die Monozyten werden bekanntlich in der neuen Blutlehre neben den Granulozyten und den Lymphozyten als dritte genetisch selbständige Zellart aufgefaßt (V. Schilling, 1912 u. a.) und entsprechen den Histiozyten Aschoffs (Aschoff und Kiyono). Sie zeichnen sich durch vitale Karminspeicherung aus und entstammen dem Retikulo-Endothel der Milz, Leber-, Lymphknoten, den Serosa-Endothelien und den Adventitiazellen in den Außenschichten der Gefäße (Marchand); sie sind endlich als „ruhende Wanderzellen" überall im Unterhautzellgewebe anzutreffen. Obiges Zellsystem, der mesemchymatöse Bindegewebsapparat, ist also die Bildungsstätte der Monozyten. Bei Entzündungen und therapeutischen Reizen reichern sich die Histiozyten an, gelangen ins Blut und wandern als „bindegewebige Entzündungszellen" (Stephan) wieder aus. Die Monozyten reagieren im Blutbild bald den Granulozyten, bald den Lymphozyten (Pappenheim) parallel bald ganz unabhängig (Schilling). Nach intramuskulären Injektionen von Milch und Much'scher Vollvakzine bei

Digitized by Google

Kranken fand Frehse zuerst eine Neutrophilie mit Lymphopenie, der nach 2—3 Tagen eine Neutropenie mit Monozytose folgte.

Stephan glaubt nach Beobachtungen, die er bei Infektionskrankheiten, besonders bei hämorrhagischer Diathese, gemacht hat, annehmen nehmen zu dürfen, daß eine Heilung dieser Krankheiten an das Aufsteigen der Monozytenkurve gebunden ist. Das Vorkommen der Monozyten im Blut ist der Ausdruck der Bindegewebs-Abwehrkräfte, die sich am Entzündungsherd je nach den Umständen in Phagozytose oder in bindegewebiger Umwandlung bzw. Bildung von Schwielen äußert.

Wir beobachteten dementsprechend in mehreren unter der angegebenen Therapie in der Heilung vorgeschrittenen Fällen von Epididymitis und Funikulitis im Harnröhrenausfluß neben polymorphkernigen Leukozyten und Epithelzellen eine Zunahme der kleinen und großen Lymphozyten und Monozyten und im Punktat einer fast abgeheilten Kniegelenkentzündung in Übereinstimmung mit Lemierre und Deschamps neben polymorphkernigen Leukozyten eine erhebliche Anzahl von Monozyten. Ich möchte hier noch hervorheben, daß neuere Forschungen, besonders von pathologisch-anatomischer Seite aus, die Tatsache erbracht haben, daß auch Lymphozyten und in geringerem Maße polymorphkernige neutrophile und eosinophile Leukozyten außer in den Lymphdrüsen bzw. im Knochenmark in dem mesenchymatösen Bindegewebe auf Reize hin zur Wucherung und zum Eintritt ins Blut mit folgender Auswanderung gebracht werden können (Siegmund, Herzog).

Im eben angedeuteten Sinne sieht Bauer mit Schade, Weintraud und Rolly in den Gelenkschwellungen beim anaphylaktischen Versuch und in den Sehnen- und Kapselschwellungen nach Infektionen eine Abwehrreaktion des Bindegewebsapparates (Gelenkkapsel, Muskelsehne, Haut) bei Individuen, deren Konstitution einen Angriff der Toxine in den Gelenken bedingt. Die oben erwähnte Verschiebung des Blutbildes, die sich der Selbstheilung über Wochen und Monate hinauszieht, wird bei der während Gonorrhoe, wie vorliegende Untersuchungen zeigen, durch das Gono-Yatren in einen Zeitraum von 2—20 Tagen, je nach der Schwere der Krankheit, der Reaktionsfähigkeit des Organismus und der angewandten Dosis, zusammengedrängt. Im einzelnen spielt sich die Reaktion so ab, daß durch die Behandlung, je nach dem Stadium, in dem sich die Krankheit befindet und natürlich je nach dem Maß von Abwehrkraft, das dem Organismus innewohnt, entweder der Granulozyten-, der Lymphozyten- oder der Histiozytenapparat zu stärkerer Tätigkeit angefacht und so der Ablauf der Krankheit beschleunigt wird.

Ob diese Wirkung lediglich an den Reizkörper oder an Vakzine oder schließlich an die Kombination beider gebunden ist, sollen weitere Untersuchungen, die im Gange sind, zeigen.

Doch scheint es schon jetzt nach Analogie mit anderen eiweißfreien Reizkörpern (siehe obige Zusammenstellung), daß die gefundene Wirkung, besonders der Einfluß auf den mesenchymatösen Bindegewebsapparat, in der Hauptsache an das Yatren gebunden ist.

Vorstehende Ausführungen zeigen unter anderem, daß nach Gono-Yatren-Einspritzungen an Stelle des dick-eitrigen Ausflusses ein eiterarmes, dünnflüssiges Sekret tritt, das viel extra- und intrazelluläre Gonokokken

Digitized by Google

enthält. Das Gono-Yatren wirkt möglicherweise in der Art, daß die in der Tiefe liegenden Gonokokken erstens in ihrer Widerstandskraft geschwächt und in ihrer Entwicklung gehemmt werden und daß ihnen zweitens infolge der Umstimmung der Gewebe der Nährboden entzogen wird, so daß sie auf die Oberfläche der Schleimhaut befördert werden, wo sie der lokalen Behandlung und Vernichtung weit zugänglicher sind. Es ließe sich also durch eine mit Gono-Yatren kombinierte Lokalbehandlung die Forderung Bucuras erfüllen, der verlangt, daß die Gonorrhoe mit ihren Komplikationen nicht nur symptomatisch-lokal, sondern auch „kausal" mit spezifisch umstimmenden Mitteln behandelt werde.

Zusammenfassung.

1. Gono-Yatren bewährte sich in weit über 100 Fällen von Komplikationen der männlichen Gonorrhoe, darunter in über 30 Fällen von Gelenk- und Sehnenscheidenerkrankungen, als ein wirksames Mittel im Sinne einer kombinierten Reizkörper-Vakzinetherapie, die unter gleichzeitiger lokaler Anwendung von gonokokkentötenden Medikamenten eine „Kausalbehandlung" der Gonorrhoe darzustellen scheint.

2. Bei einer Durchschnittsdosierung von 0,5—2,5 ccm bei intravenöser und von 2,0—4,0 ccm bei intramuskulärer Anwendung von Gono-Yatren B. 4 wurde in Verbindung mit der lokalen Therapie eine wesentliche Abkürzung der Krankheitsdauer erzielt.

3. Als objektives Zeichen der Besserung und Heilung wurde eine charakteristische Veränderung des weißen Blutbildes: starke Verminderung der neutrophilen polymorphkernigen Leukozytosen unter gleichzeitiger Vermehrung der Lymphozyten und Monozyten, nachgewiesen.

Literatur.

Klingmüller, D. m. W., 1917, Nr. 41. — A. Weiss, W. m. W., 1917, S. 653. — Stark, M. Kl., 1917, S. 1318. — Lindig, M. m. W., 1919, Nr. 33. — R. Schmidt, M. Kl., 1916, Nr. 7. — Heilner, M. m. W., 1916, Nr. 28. — E. F. Müller, 12. Kongreß d. D. derm. Ges., 1921. — Munk, D. m. W., 1921, Nr. 5. — Fr. Meyer, D. m. W., 1917. Zimmer, B. kl. W., 1920, Nr. 44. — Bier, M. m. W., 1921, Nr. 6 und 14. — Krehl und Matthes, D. Arch. f. kl. Med., Bd. 54, S. 501. — Krehl und Matthes, Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 38, S. 437. — Krehl und Matthes, Arch. f. exper. Pat. u. Pharm., Bd. 40, S. 436. — Fleckseder, W. kl. W., 1916, Nr. 21. — Weichardt und Schrader, M. m. W., 1919, Nr. 11. — Conradi und Bieling, D. m. W., 1916, Nr. 42. Salomon, M. m. W., 1920, Nr. 52. — Voehl, Arch. f. Geb. u. Gyn., 1921, Bd. 114, H. 3. — Dresel und Freund, Arch. f. exper. Pat. u. Pharm., Bd. 91, H. 6. — Starkenstein, M. m. W., 1919, S. 205. — Gottlieb, D. m. W., 1922, Nr. 9. — Rosenberg und Adelsberger, Zschr. f. Immun.-Forschung, Bd. 34, H. 1/2. — Löhr, Kl. W., 1922, Nr. 10. — Stephan, M. Kl., 1921, Nr. 17. — Nürnberger, D. Arch. f. kl. Med., Bd. 136, H. 3/4. — Schwenkenbecker und Siegel, D. Arch. f. kl. Med., Bd. 92. — Abel, B. kl. W., 1912, Nr. 53. — Höfling, Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 13. — Blum, D. m. W., 1913, Nr. 30. — Bier, M. m. W., 1921, Nr. 46/47. — Prinz, M. m. W., 1921, Nr. 38. — Hinz, B. tierärzt. W., 1921, Nr. 13, 1922, Nr. 36. — Strassmann, D. m. W., 1922, Nr. 15. — Zimmer, M. m. W., 1921, Nr. 18. — Bürgi, D. m. W., 1910, Jan. — Zimmer, Ther. d. Gegenw., 1920, Nr. 8, B. kl. W., 1921, Nr. 20 und 43/45. — E. Meyer, M. Kl., 1922, Nr. 12. — Weskott, M. m. W., 1922, Nr. 18. — Peemöller, D. m. W., 1922, Nr. 36. — Kyrle, W. kl. W., 1917, S. 707. — Schebber, W. m. W., 1917, S. 1178. — Steinberg, D. m. W., 1921, Nr. 50. — Edelmann, W. kl. W., 1917, S. 301. — Kausch, D. m. W., 1913, Nr. 48. — Köttschau, D. m. W., 1922, Nr. 31. — Springut, Beitr. z. Kl. d. Tbc., 1922, Bd. 53. — Keining, M. m. W., 1922, Nr. 26. — Ruete, M. m. W.,

Digitized by Google

1922, Nr. 27. — H. Schulz, Zur Lehre der Arzneiwirkung, Virchows Archiv, Bd. 108, 1887. — Döllken, B. kl. W., 1919. Nr. 10. — E. F. Müller, D. m. W., 1919, Nr. 12. — E. F. Müller, M. Kl., 1918, Nr. 18. — Lindig, D. m. W., 1921, Nr. 21. — Kleeblatt, Ther. d. Gegenw., 1921, Nr. 6. — Colombine und Pincherle, Med. e. Biol., 1921, Bd. 10. — Weicksel, M. m. W., 1921, Nr. 30. — Weicksel, M. Kl., 1921, Nr. 37. — Weicksel, M. m. W., 1921, Nr. 51. — Rolly, M. m. W., 1921, Nr. 27. — Karo, Ther. d. Gegenw., 1920, Nr. 3. — Scherber, Allg. m. Zztg., 1290. Nr. 24. — Pribram, M. Kl., 1922, Nr. 30. — Gow, Ref. Zbl. f. inn. Med., 1921, Nr. 22. — Mark und Olesker, D. m. W., 1923, Nr. 1. — Pappenheim, in Kraus und Brugsch, Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., 1920, Bd. 8. — Marchand, zit. nach Lubarsch, Entzündung, in Path. Anatomie, herausg. von Aschoff, 1923. — V. Schilling, Das Blutbild und seine klinische Verwertung, 2. Auflg. 1922. — Aschoff und Kiyono, zit. nach Schilling. — Frehse, Folia haematol., 1922, Bd. 28, Oktober. — Lemierre und Deschamps, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1921, Bd. 1, S. 442. — Siegmund, Kl. W., 1922, Nr. 52. — Siegmund, M. m. W., 1923, Nr. 1. — Bucura, Zbl. f. Haut- und Geschl.-Krkh., 1921, Bd. 1, S. 377.

Tartarusbehandlung bei hartnäckigem venerischem Geschwür.

Von

Dr. J. Goldberger in Graslitz (Böhmen).

H. L., geboren 1901, Monteur, früher nie ernstlich krank, nie in den Tropen gewesen, ein blonder, langer Mensch mit leichtem Lungenspitzenkatarrh, erkrankte Anfang Februar 1922 an einem Geschwür der Eichel, das alle Merkmale eines typischen Primäraffektes aufwies (ein einzelnes Geschwür an der Eichel und mit speckig belegtem Grunde, derb infiltrierter Umgebung, flach; in beiden Leisten, links mehr, mehrere kleine harte, indolente angeschwollene Lymphknoten). Der Kranke bekam in 8 Sitzungen 4,2 g Neosalvarsan, verrieb 225 g Unguentum cinereum, neben innerlich 20 g Jodkali und Zittmanntee, aber weder heilte das Geschwür zu, noch ging die Lymphknotenschwellung zurück. Sekundärerscheinungen traten ebenfalls nicht auf. WR konnte aus äußeren Gründen nicht ausgeführt werden.

Auf brieflich erbetenen Rat des Prof. Mühlens (Hamburg, Tropeninstitut) injizierte ich dem Kranken intravenös 1%ige sterile Lösung von Tartarus stibiatus und zwar das erste Mal 3 ccm, in der 2. Sitzung 4 ccm vier Tage später und in 3 weiteren Sitzungen nach je 4 Tagen je 5 ccm und hatte die Freude zu sehen, daß das Geschwür glatt abheilte und die Lymphknotenschwellung verschwand. Allerdings nahmen in der Zeit der Tartarusbehandlung die Lungenerscheinungen zu. Fieber stellte sich nicht ein, aber Husten; Auswurf und Brustschmerzen nahmen zu. Am 30. IV. entließ ich den Pat. aus der Behandlung, und gegen 20. V. stellte er sich wieder vor, gänzlich geheilt und auch die Lungensymptome nahezu verschwunden; vor allem blühendes Aussehen.

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck.

Sitzung vom 1. Juni 1923.

Untersteiner: Über **Trübungs- und Flockungsreaktionen im syphilitischen Serum.** Vortr. rühmt die guten Ergebnisse des Meinicke-Verfahrens und zeigt seine Ausführung nach der jüngsten Vereinfachung.

Gamper, Berger, Seefelder geben ihrer Zufriedenheit mit den vom Vortr. bei ihren bzw. gynäkologischen, internen und okulistischen Kranken ausgeführten Untersuchungen Ausdruck.

Digitized by Google

Sitzung vom 15. Juni 1923.

Luze zeigt, fußend auf der von Frank (B. kl. W., 1915, Nr. 18 und 19) gegebenen Beschreibung dreier Fälle von Purpura, für deren Krankheit er die Namen „konstitutionelle Purpura", bzw. „Pseudo-Hämophilie" oder, um das eigentliche Wesen genauer zu beleuchten, **„Blutplättchenmangelkrankheit"** (Thrombozytopenie) angewendet wissen will, einen gleichartigen Fall.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1923, Bd. 142, H. 1.

Syringomyelie auf syphilitischer Grundlage, von E. Sklarz, Rudolf-Virchow-Krankenh. Berlin. S. 1—5. Bericht eines Falles der trophischen Störungen in Form von serösen Blasen an den Fingern einer Hand, am Unterarm und Sensibilitätsstörungen zeigte (Mordonsche Krankheit). Blut WR ++++. Der Exitus erfolgte durch eine Apoplexie bei gleichzeitig bestehender Sepsis. Die Obduktion ergab u. a. eine „längsgestellte zentrale Erweichung des Halsmarks von syringomyeloischem Typus". Histologisch konnten für Syphilis keine charakteristischen Veränderungen festgestellt werden, wohl aber ergaben Schnitte aus dem Gebiete des Erweichungsherdes typische, gefärbt nach Levaditi, Spirochaeta pallida. Der Verf. glaubt für den gegebenen Fall den Beweis eines Zusammenhanges zwischen Syphilis und der Syringomyelie erbracht zu haben.

Über Liquorveränderung bei Lues, von V. Mucha und V. Satke-Klosterneuburg-Wien. S. 6—16. Das Material betrifft vorwiegend die Frühstadien der Lues. Das Punktionsmaterial wurde gesammelt an 1200 Fällen mit 3040 Punktionen. Die Beobachtungen erstreckten sich bis auf 3 Jahre. Die Ergebnisse wollen die bisherigen Veröffentlichungen vervollständigen und wollen keine neuen Theorien aufstellen.

Lupus erythematosus mit tuberkulidähnlichen Effloreszenzen (lichenoider Lupus erythematosus), von E. Nathan und Cl. Haas, Univ.-Hautkl. Frankfurt a. M. S. 17—22. Fall, bei dem sich neben einem typischen Lupus erythematosus des Gesichts lichenoid aussehende, tuberkulidähnliche Effloreszenzen auf der Streckseite der oberen Extremitäten befanden. Histologisch dagegen war das Bild typisch für einen Lupus erythematosus. Die Verff. weisen auf die seltene Form des tuberkulidähnlichen „lichenoiden" Lupus erythematosus hin und besprechen kurz die bisher veröffentlichten Fälle von Bornemann, Tièche und Pernet. Die Verff. fassen diese Fälle mit dem von ihnen veröffentlichten unter dem Namen eines „lichenoiden Lupus erythematosus" zusammen.

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales. V. Mitteilung über die Wirkung des Oleum santali, von A. Perutz und L. Kofle, Pharmak. Inst. Wien. S. 23—28. Experimentelle Versuche über die Wirksamkeit des Oleum santali an der Froschhaut, am Darm und Samenstrang von Ratten konnten den Beweis erbringen, daß das Öl sekretionshemmend und beruhigend auf die glatte Muskulatur wirkt. Daher ist die klinische Anwendung des Oleum santali zu diesem Zwecke berechtigt.

Röntgenologische und klinische Befunde am Magen-Darmtrakt bei Ekzemen und ihre Bedeutung für eine kausale Therapie, von E. Urbach, Abt. Ehrmann-Wien. S. 29—41. An 32 Fällen von Neurodermatitis lichenoides pruriens hat der Verf. Beziehungen zu der Magensekretion und zur Magenmotilität feststellen können. Fast in allen Fällen, wo die freie Salzsäure vermindert, die Magensaftmenge vermehrt war, bestanden Motilitätsstörungen. Um rezidivfreie Heilung zu erzielen, hat der Verf. eine kausale Therapie vorwiegend diätetischer Natur mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt.

Über eine eigenartige Epitheliose (Epitheliosis acneiformis), von H. Planner und M. Strassberg, Klinik Finger-Wien. S. 42—58. Die Verff. beschreiben ein neues

Digitized by Google

Krankheitsbild, daß einerseits durch Bildung von nekrotischen Knötchen der Acne varioliformis Hebra ähnelt, andererseits durch furunkuloide Eiterungen den gewöhnlichen Furunkeln nahe steht. Doch klinische Unterschiede, wie Freibleiben des Gesichts und insbesondere histologische Eigentümlichkeiten, die das Entstehen der Epithelerscheinungen als die primären Veränderungen deuten, machen eine Trennung von der Acne varioliformis erforderlich. Die Entstehung der furunkuloiden Wucherungen sind wahrscheinlich bedingt durch sekundäre Infektion mit Staphylokokken, die stets im Eiter nachgewiesen werden konnten.

Klinische Studien zur Variola-Vakzineimmunität, von G. Morawetz, Kaiser-Franz-Joseph-Spital Wien. S. 59—86. Der Verf. berichtet über klinische Erscheinungen bei über Tausend Pockenkranken, bei mehreren Epidemien. Er bringt neue Gesichtspunkte über die Immunitätsvorgänge. Zum Zustandekommen einer allgemeinen Immunität ist neben der Hautimmunität auch eine solche der inneren Organe erforderlich. In Ermangelung dieser inneren Immunität kommt es zu den schweren Variolafällen und zu den stets tödlichen Fällen der Purpura variolosa. Bei einer bestehenden Hautimmunität kann es bei mangelnder Schleimhautimmunität zur Spontaninfektion mit schweren toxischen Erscheinungen kommen, da die Antikörperbildung der Schleimhaut mehr oder weniger von der Hautimmunität unabhängig ist. Eine überstandene Variola verschafft den inneren Organen reichliche Mengen von Antikörpern, es entsteht ein guter Infektionsschutz; die Antikörperbildung der Haut kann aber gleichzeitig ungenügend sein, so daß eine lokale Hautinokulation mit Pockenvirus oder positive Vakzineimpfung möglich wird. Die Vakzination verleiht dem Gesamtkörper nicht in dem Maße wie die überstandene Variola Schutzstoffe. Bei Säuglingen können in den ersten Wochen Immunitätserscheinungen gegen Pocken und Vakzine bestehen. Sie werden hervorgerufen durch eine passive Immunisierung durch die Mutter, die nach überstandener Variola entweder durch den Plazentarkreislauf dem Fötus oder post partum durch die Milch dem Säugling genügende Antikörper zuführt.

Pemphigus foliaceus und Trauma, von Bockholt-Dortmund. S. 87—94. Zwei Fälle, deren Ätiologie wahrscheinlich traumatischen Ursprungs war. Bei dem einen Fall handelt es sich um eine Verletzung mit nekrotischem Ausgang, hervorgerufen durch den Fall eines Eisenblockes auf die große Zehe. Bei dem anderen um einen Oberschenkelschuß. In beiden Fällen entstanden um die traumatische Läsion Blasen, die zu einem universellen Pemphigus foliaceus mit tödlichem Ausgang führten. Der Verf. glaubt, daß in den angeführten Fällen eine Irritation der peripheren Nerven die Ursache der Verbreitung war; die Frage ob infektiöser oder nichtinfektiöser Natur läßt der Verf. offen.

Ein Fall von Hidrozystom, von D. Kenedy und E. Lehner, Abt. Török-Budapest. S. 95—99. Das histologische Bild des berichteten Falles deutet auf Zystenbildung von Schweißdrüsenausführungsgängen hin. Der papilläre Bau der Zyste läßt eine Proliferation des Epithels des Ausführungsganges vermuten. Ein Mündungsstück des Ausführungsganges war nicht nachweisbar.

Über Blastomycosis cutis, von K. Herxheimer und A. Bürkmann, Univ.-Haut-Klinik Frankfurt a. M. S. 100—114. Kritische Besprechung der Gilchristschen Form der Blastomykosis. Bericht eines eigenen Falles. Feststellung der Diagnose per exclusionem bei negativem Pilzbefund. Beobachtung der Entwicklung der Primäreffloreszenz aus subkutan-kutanen Knoten durch Eiterung, Zerfall zur Ulzeration.

Zur Histogenese des Lymphangioma circumscriptum cutis. Ein Beitrag zur Lehre von den „Genodermatosen", von St. R. Brünauer, Klinik Ehrmann-Wien. S. 115—148. Der Verf. beschreibt zwei Fälle mit einer Lokalisation in der rechten hinteren Schultergegend und in der linken Achselhöhle. Die Krankheit bestand in beiden Fällen von Jugend auf. Das histologische Bild zeigte typische lymphatische Struktur. Das an der Basis der Lymphräume befindliche Retikulum enthielt in seinen Maschen zahlreiche Zellen, bestehend aus Lymphozyten, Lymphoblasten, lymphoblastischen und lymphozytären Plasmazellen. Diese Zellenhäufungen waren scharf umschrieben und bestanden ohne Beziehungen zu den Blutgefäßen. Unterhalb der Hohlräume war ein vermehrtes Auftreten von glatten Muskelfaserbündeln vorhanden. Die Zellinfiltrate waren zum großen Teil in die Hohlräume (Lymphräume) eingebettet. Es war eine follikelartige Bilduug entstanden, ähnlich der Sinusbildung um eine Lymphdrüse. Diese Struktur, vereint mit der Lokalisation und dem frühen Auftreten, spricht für eine kongenitale Anlage und läßt sich durch die Lehre Meirowskys über die Genodermatosen erklären.

Digitized by Google

Vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion resp. Kaupsche Modifikation und Hechtsche Aktivmethode sowie Sachs-Georgi-Reaktion, von F. Schmelowsky, Deutsche Haut-Klinik Prag. S. 149—162. Das Ergebnis von 896 vergleichenden Blutserumuntersuchungen, darunter an 186 sicheren Nichtluetikern. Die Hechtsche Aktivmethode gab als einzige bei den letzteren einige positive Resultate; sie ist in diagnostischen Fällen abzulehnen. Bei Lues I ist die Kaupsche Modifikation als die verfeinertste den übrigen Seroreaktionen vorzuziehen. Bei Lues latens verdient die SGR Beachtung, da sie mehr positive Resultate liefert. In diagnostischen Fällen ist die WR und als Ergänzungsmethode die SGR vorzunehmen. E. Hornemann-Lüneburg.

1923, Bd. 142, H. 2.

Über den Arsengehalt von Blut und Harn nach intravenöser Einspritzung verschiedener Salvarsanpräparate und seine Beziehung zu den Salvarsanschädigungen, von W. Wechselmann, G. Lockemann und W. Ulrich, Hautabt. Rudolf-Virchow-Krkh. Berlin. S. 163—194. Ein chemischer Teil bringt die wichtigsten Einzelheiten des Untersuchungsverfahrens, zu dem 10—15 ccm Blut und $^1/_2$ Liter Urin benötigt werden. Die Proben stammen von Kranken, welche intravenös mit Natrium, Neo-, Sulfoxylat-, Silber- und Neosilbersalvarsan, behandelt worden waren. Die Versuche werden in drei Tabellen angeführt. Die erste umfaßt Fälle mit einmaliger Einspritzung, die zweite Fälle mit mehrmaliger Einspritzung mit demselben Präparate und die dritte Fälle von mehrmaligen Einspritzungen mit verschiedenen Präparaten. Im klinischen Teile der Arbeit wird hervorgehoben, daß Natrium- und Neosilbersalvarsan in den ersten Tagen und Stunden nach der Einspritzung viel schneller aus dem Blute verschwanden als Neosalvarsan, Sulfoyxlat und Silbersalvarsan. Im allgemeinen kann man sagen, die Schädigungen des Organismus beruhen auf einer stark verzögerten Ausscheidung des Arsens. Hierbei handelt es sich um die Anreichorung des Arsens im Blute. Das in den Organen gebundene Arsen, das allmählich wieder in den Kreislauf tritt und von da ausgeschieden wird, entfaltet weder schädigende noch wesentliche therapeutische Wirkungen. Der Ictus therapeuticus wird in der Zeitspanne ausgelöst, in der die größte Salvarsanmenge im Blute kreist.

Zur Klinik des Erythema exsudativum multiforme (Hebra), von St. R. Brünauer, II. Hautabt. des Allg. Krkh. Wien. S. 195—201. Mitteilung von vier Fällen, die während einer im Frühjahr 1922 in Wien auftretenden Epidemie zur Beobachtung gelangten. Sie sind bemerkenswert dadurch, daß bei ihnen auch das männliche Genitale Sitz der Erkrankung war, das Erythema multiforme also eine Lokalisation aufwies, wie sie noch nicht beschrieben wurde.

Tuberkulid unter dem Bilde eines Angiokeratoms nebst Bemerkungen zur Ätiologie des Angiokeratoms, von H. Hecht-Prag. S. 202—205. Die Knötchen hatten ihren Sitz an den Händen und am linken Fuß. Äußere (Erfrierung der Haut) und innere Ursachen (Toxine) lösten bei der disponierten Person (Angiokeratomnatur) die eigenartige Form der Tuberkulide aus.

Studien über die Beziehungen zwischen Lupus und der sogenannten chirurgischen Tuberkulose, von C. With, Hautkl., Finseninstitut Kopenhagen. S. 206—234. Die Arbeit beschäftigt sich zunächst mit dem Zusammentreffen von Lupus mit Tuberkulose in Lymphomen, eine Tabelle zeigt, daß in jüngerem Alter die Lymphome häufiger sind als im späteren, eine zweite, daß dieselben vorwiegend am Halse sitzen. Die gleiche Erfahrung wurde bezüglich der Häufigkeit und des Sitzes subkutaner Affektionen gewonnen. Knochentuberkulosen mit Einschluß der Arthritiden sind verhältnismäßig seltener, gleichfalls mit dem zunehmenden Alter weniger häufig. Ein zweiter Abschnitt der Arbeit erörtert die Frage, wie häufig der Lupus auf Grundlage der chirurgischen Tuberkulose entsteht. Hierbei ergibt sich für die Lymphome ein sehr erheblicher Prozentsatz. Weiter spielen die Ostitiden eine wichtige Rolle, ebenso die tuberkulösen Gelenkerkrankungen. Der Ausgang des Lupus von subkutaner Tuberkulose ist prozentual ebenfalls erheblich. Im dritten Abschnitt wird über die Häufigkeit des Lupus berichtet bei Patienten, die $^1/_2$—5 Jahre beobachtet wurden. Der Lupus entsteht am häufigsten im zweiten Lebensjahre. Ein Unterschied des Geschlechts besteht nicht. In etwa 10% war er multipel, als Zeichen, daß bei den betreffenden Individuen der Lupus nicht nur eine rein lokale Reaktionsform darstellte.

Bandförmige Sklerodermie und Nävuszeichnung, von S. Bettmann-Heidelberg. S. 235—251. Die 33jähr. Pat. zeigte eine eigenartige Verteilung der Erscheinungen auf der Haut. Die unteren Extremitäten mit Einschluß des Gesäßes sind sklerotisch, die

Digitized by Google

Haut ist mäßig induriert, teilweise atrophisch. Am Rumpf und der oberen Extremität kann man eine Sklerodermie- und Nävusseite unterscheiden. Die rechte Rumpfhälfte und der eine entsprechende ganze Arm einschließlich Hand ist sklerodermatisch. Eine besonders starke Induration umgreift in Form eines Bandes zirkulär die rechte Brust, vollkommen übereinstimmend mit der Verteilung mancher systematisierter Nävi der Brust. Gesicht und Nacken ist frei von Sklerodermie. Auf der rechten Seite des Gesichts finden sich Nävi in geringerer Zahl als links, in gleicher Weise am Nacken, wo sie linkerseits stark gehäuft sind. An der Brust sitzt rechts ein einziger Nävus, dem die Sklerodermie gewissermaßen ausweicht, eine Erscheinung, die sich auch am Rücken bemerken läßt. Umgekehrt ist die nävusreiche linke Rumpfhälfte und der linke Arm an den sklerodermatischen Veränderungen fast unbeteiligt, abgesehen von einer im Vergleich zur rechten Seite mäßigen Zahl von punktförmigen Skleroseherden, in deren Umgebung wiederum Nävi vollkommen fehlen. Im Anschluß Eingehen auf die Bedeutung der Spalt- und Haarlinien und der tierischen Fellzeichnung. Zum Schluß eine Erklärung der nävusförmigen Sklerodermie. Hinweis auf einen Fall, in welchem ein angeborener bogenförmig an der Brust sitzender Naevus verrucosus nach wenigen Monaten völlig verschwand, während sich später ein bleibender Nävus gleichen Aussehens an der gleichseitigen Hand entwickelte. Derartige Vorkommnisse können einen Hautbezirk beeinflussen, so daß derselbe in höherem Maße für die Entwicklung von Dermatosen geeignet wird.

Über Lichen ruber planus cum pigmentatione (Lichen pigmentosus), von Obermiller, Hautkl. des Stadtkrkh. Dortmund. S. 254—266. Bei den mitgeteilten 15 Fällen handelt es sich um eine abortive Form des Lichen ruber planus, die bei pigmentreichen und zu Lichen disponierten Individuen auftritt und durch eine netzförmige lichenoide Pigmentierung der Haut bei geringer Entwicklung der Knötcheneffloreszenzen charakterisiert wird. Arsen (Solarson) wirkte günstig.

Ikterus während und nach der Salvarsanbehandlung, von W. Holland-Kristiania. S. 267—278. Es handelt sich um 15 Fälle, 4 von primärer Syphilis mit negativer WR, 9 von sekundärer mit Einschluß der primären mit positiver WR und 2 von tertiärer Syphilis. In 3 Fällen trat der Ikterus unmittelbar im Anschluß an die Injektion auf. In den anderen Fällen kann aber die Wirkung des Salvarsans nur indirekt sein. Ziemlich frühzeitig beginnt die Ausscheidung des Salvarsans durch den Magendarmtraktus und bewirkt eine Reizung der Schleimhaut, die besonders dann stärker hervortritt, wenn die Verdauung schon vorher durch Katarrhe oder andere Leiden angegriffen war. Durch diesen Zustand ist die Möglichkeit einer Lebererkrankung gegeben. Diese Theorie erklärt, daß ein solcher Ikterus einem I. catarrhalis auffallend ähnlich sieht und außerdem das oft so späte Auftreten desselben.

Weitere experimentelle Untersuchungen über die Allergie des Meerschweinchens nach der Impfung mit Achorion Quinckeanum, von H. Martenstein, Hautkl. Breslau. S. 279—304. Im 131. Bande konnte der Verf. nachweisen, daß die Hautepithelzellen und das Serum eines an Mäusefavus erkrankt gewesenen Meerschweinchens einen Körper enthält, der in vitro mit lebenden Sporen dieses Pilzes eine toxische Substanz bildet. Die intradermale Einverleibung derselben bewirkt entzündliche Infiltration und partielle Immunisierung. Die weiteren Untersuchungen ergeben, daß bei einem erstmalig infizierten Meerschweinchen der spezifische Körper frühestens nachzuweisen ist: an der Impfstelle nach 6, im Blutserum nach 7 und in der nicht affizierten Epidermis nach 8—9 Tagen. Wird die Impfstelle in den ersten 4 Tagen nach der Impfung in toto exzidiert, so ist der spezifische Körper zuerst in der nicht affizierten Haut nach 8 Tagen und dann erst im Blute nachzuweisen. Der spezifische Körper wird durch das Zusammenbringen mit den Pilzsporen restlos zur Bildung der toxischen Substanz verbraucht. Dieser, wie schon früher gezeigt, ist thermostabil, jene labil. Durch Erhitzen derselben kann der spezifische Körper nicht wieder isoliert werden. Die Ablaufszeit der Reaktion der einem normalen Meerschweinchen intradermal injizierten toxischen Substanz entspricht der Zeit, die bei einem infizierten Tier vom Eintritt der Akme bis zur Abheilung vergeht. Wiederholte Injektionen kürzen die Reaktionsdauer. Bei Tieren, die eine Infektion überstanden haben, ist die Reaktion nur angedeutet. Wiederholte Impfungen verleihen eine immer größer werdende partielle Immunität. Die lokale Reaktion betrifft Haut und Unterhautzellgewebe. Anatomisch findet sich ein chronisch verlaufendes tiefes Infiltrat unter geringer Beteiligung der bedeckenden Haut, das nach 3 Wochen verschwindet. Im Anschluß wird ein Vergleich mit analogen Befunden bei der Tuberkulose angestellt.

Digitized by Google

Über Onychomycosis oidiomycetica, von R. Guggenheim, Charité Hautkl. Berlin. S. 305—309. Eine 50jähr. Frau litt seit 8 Jahren an krankhaft veränderten Fingernägeln. In ihnen konnte die Anwesenheit von großen Hefezellen nachgewiesen werden. Durch Überimpfen dieser Oidiomyzeten auf Krallen von Meerschweinchen wurde ein ähnliches Krankheitsbild erzeugt. Die Keime waren für intravenös geimpfte Versuchstiere pathogen. Pirquetsche Reaktionen mit dem Preßsafte von Oidiomyzeskulturen blieben bei der Frau negativ.

Jodempfindlichkeit bei Dermatitis herpetiformis, von R. Spitzer, Hautkl. Breslau. S. 310—315. Es wurden 8 Pat., die an Dermatitis herpetiformis litten, mit interner und externer Anwendung von JK geprüft; hiervon reagierten 2 auf beide Methoden positiv, ein Kind — sehr oft untersucht — auf beide negativ und 5 intern positiv, extern negativ. 2 Pat. konnten poliklinisch nur mit Salbenapplikation untersucht werden, beide blieben ohne Reizung, 1 Patient wurde nur intern behandelt, er reagierte positiv. Oder anders geordnet: von 9 intern untersuchten Fällen reagierten 8 (88%), von 10 extern untersuchten Fällen 2 (20%) positiv. Auffallend ist die starke Überlegenheit der internen über die externe Methode. Bei der Jodempfindlichkeit ist an Beziehungen zur inneren Sekretion zu denken; deshalb wird zur genauesten Untersuchung aller Fälle auf Anomalien der endokrinen Drüsen und speziell der Thyreoidea als Organ des Jodstoffwechsels aufgefordert.

Über den Traubenzuckergehalt des Blutes im Syphiliskranken, von Memmesheimer, Hautkl. Essen. S. 317—321. Die Untersuchungen an 85 Fällen ergeben, daß bei frischer unbehandelter Lues II meistens eine Erhöhung des Blutzuckerwertes eintritt. In den anderen Stadien der Krankheit kann man im allgemeinen keine Änderung der Norm feststellen. Energische Behandlung läßt die Hyperglykämie zurückgehen. Als Ursache kommt die toxische Wirkung des luetischen Virus auf die den Zuckerstoffwechsel regelnden nervösen Elemente in Betracht. In manchen Fällen kann auch die von Buschke angenommene toxische Schädigung des Leberparenchyms vorliegen.

Serologische Untersuchungen der Spinalflüssigkeit bei Spätsyphilis, von Tetsuwo Kagawa, Hautkl. Tokio. S. 322—338. Bei Tabes dorsalis ist die WR im Liquor in 73,68% der Fälle positiv, d. h. etwas häufiger als im Blute (68,42%). Die Lange-R. geht der WR im Liquor, die Phase-I-R. der Blut-WR völlig parallel. Unter den Fällen mit positiver WR finden sich 84,61% mit positiver Liquor-WR und Lange-R., 69,23% mit positiver Phase-I-R.; von den Fällen mit negativem Blut-W. gaben 50% positive Liquor-W- und Lange-R., 66,7% positive Phase-I-R. Die Spinalflüssigkeit bei Tabes dorsalis gibt also in mehr als der Hälfte der Fälle irgend eine R., besonders wenn der Blut-W. positiv ist. Aus dem negativen Ausfall der WR allein ist ein Schluß auf die Integrität der Spinalflüssigkeit nicht zulässig. Die Dementia paralytica gab zu 89% positiven Liquor-W., im Blut 100%, Lange-R. 100% und Phase-I-R. 67%. Die vier Reaktionen nähern sich in ihren positiven Werten, in den negativen zeigen nur Blut-W. und Lange-R. eine Übereinstimmung. Bei Syphilis spinalis ist der Liquor-W. in 48,57% der Fälle positiv, im Blut 51,42%, Lange-R. 68,57 und Phase-I-R. 57,14%. Nur bei positiver WR im Blute kann auch mit einem positiven Ausfall der drei anderen Reaktionen in größerem Umfang gerechnet werden, der negative Blut-W dagegen gestattet diesbezüglich keinerlei Schlüsse. Bei Syphilis cerebralis war der Liquor-W. in 18,18% positiv, viel seltener als im Blute (54,54%), dagegen Lange- und Phase-I-R. in 63,63% positiv. In dieser Gruppe ist eine Divergenz der Resultate der Reaktionen auffällig. Bei Syphilis III war Liquor-W. in 14%, Lange- und Phase-I-R. in 51% positiv. Bei den Fällen mit positiven Liquor-W. ergaben auch die zwei anderen Liquor-R. meistens ein positives Resultat, bei den Fällen mit negativen Liquor-W. ist dagegen eine solche Annäherung nicht nachweisbar. Die Lange-R. stimmt in den negativen Fällen meist mit der WR überein, nicht aber mit den zwei anderen Reaktionen, bei den Fällen mit positiver Phase-I-R. war Lange-R. meist positiv. Bezüglich der negativen Reaktionen stimmt die Phase-I-R. fast völlig mit der WR überein, das sonstige Verhalten ist ganz regellos. Den höchsten Prozentsatz von positiven Liquor-W. findet man bei Paralyse, den zweithöchsten bei Tabes, einen geringen bei Hirn-, Spinal- und III-Lues. Der Blut-W. stimmt nur bei Paralyse mit dem Liquor-W. überein, bei den anderen Krankheiten ist das nicht der Fall. Mit Ausnahme der Tabes pflegt die positive WR häufiger im Blut als im Liquor aufzutreten. Die Lange-R. bei Paralyse in 100%, bei Tabes in 74%, bei den anderen Krankheiten in mehr als 50% positiv stellt die bedeutungsvollste Reaktion dar. Die Phase-I-R. stellt sich bei Tabes zu 68,42%, bei Paralyse zu 67%, bei Hirnlues zu 64% und bei den anderen Krankheiten geringer als 60%. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

1923, Bd. 142, H. 3.

Über die nichtspezifische Epididymitis, von CARL SCHUMACHER, Hautkl. München. S. 339—352. Der Verf. berichtet über 6 Fälle von nichtspezifischen Epididymiten, deren Entstehung nicht auf Go, Tbc und Lues, noch auf Infektionskrankheiten zurückzuführen waren. Diese nichtspezifischen Epididymiten beruhen meistens auf einer Infektion durch Eitererreger auf urethralem Wege, resp. durch die Prostata. Begünstigt werden sie oft durch leichte Traumen, resp. durch eine Antiperistaltik der Vas. def. Es gibt akute und chronische Formen, deren Abgrenzung gegenüber Tbc besonders oft schwer fällt; in solchen Fällen ist eine Probeexzision ratsam. Die Prognose ist meistens gut, die Therapie rein konservativ, ohne Behandlung der Urethra und der Prostata.

Versuche über die Empfindlichkeit der menschlichen Haut gegen Tiersera, von HANS BIBERSTEIN und FRITZ OSCHINSKY, Hautkl. Breslau. S. 353—379. Die einmalige intrakutane Applikation verschiedener Tiersera (0,1 ccm) wirkte primär verschieden. Kaninchenserum rief keine Reaktion hervor, Hammelserum häufig Urtikaria und Jucken, Meerschweinchenserum bisweilen nach 7—8 Tagen blaurote bis fünfmarkstückgroße Herde. Große individuelle Verschiedenheit verschiedener Menschen gegen das gleiche Serum. Die Reaktionen sind als lokale Serumkrankheit zu deuten. Bei Reinjektionen tritt nach 5—7 Tagen von der Erstinjektion an gerechnet gegen die drei Sera spezifische typische Überempfindlichkeitsreaktion auf, die noch nach 14 Tagen nachweisbar ist und auch noch nach 3 Wochen bestehen kann. Nach 4 Monaten fiel die Reaktion zunächst negativ aus. Wurde aber nach 1 Woche wieder injiziert, so ergab sich schon nach 3 Stunden ein positives Resultat, das an Intensität und Dauer die anderen nach nur einmaliger Sensibilisierung erhaltenen Reaktionen so stark übertraf, daß an einer Nachwirkung der ersten weit zurückliegenden Sensibilisierung nicht zu zweifeln ist. Die Sensibilisierung gelang mit subkutaner Injektion gegen kutane und umgekehrt.

Zur Röntgentherapie der spitzen Kondylome, von SIEGMUND SCHOENHOF. Deutsche Hautkl. Prag. S. 380—390. Sehr gute Resultate nicht nur bei den oberflächlichen, sondern auch bei den in der Urethra und Vagina gelegenen. Dosis der Bestrahlung betrug 16—18 H (8—9 x, der Ref.) bei 3—4 mm Al.-Filter in dosi refracta, eventuell mit Verabfolgung von 2—3 Serien bei 6—8 wöchentlichen Intervallen. Stets rezidivfreie Resultate bei $^1/_2$—1 Jahr Beobachtung. Nachteil der Methode ihre relative lange Zeitdauer.

Bemerkung zu der Arbeit: „Über eine kleinpustulöse vegetierende Dermatose", von FRIEDRICH FISCHL, in Bd. 139, S. 154 ff. d. Zeitschr., von R. FRÜHWALD-Chemnitz. S. 391. Polemik.

Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. FRÜHWALD, von FRIEDRICH FISCHL. S. 392. Polemik.

Zur Genese der tuberkulösen Riesenzellen, von C. KREIBICH, Deutsche Hautklinik Prag. S. 393—395. Daß die Mehrkernigkeit in Tbc-Riesenzellen durch amitotische Teilung entsteht, gelang dem Verf. an histologischen Präparaten von älteren Tbc-Drüsen, die mikroskopische Nekroseherde zeigten, nachzuweisen. Abbildungen.

Prurigo bei aleukämischer Lymphadenose, von C. KREIBICH, Deutsche Hautkl. Prag. S. 396—399. Typischer Fall. Seltenheit desselben. Heilung durch Röntgenbestrahlung der Lymphdrüsen.

Beiträge zur Beurteilung des Wertes der Dermatoskopie, von HANS DITTRICH, Dermatol. Abt. des städt. Krankenhauses Charlottenburg. S. 400—412. Die Dermatoskopie gibt für keine Hauterscheinungen spezifische Bilder; am typischsten sind die Bilder bei Psoriasis und Lupus vulgaris; bei Ekzemen und Lues sind die Bilder uncharakteristisch. Ablehnung der Methode für die Praxis.

Über die Brucksche Reaktion zur Serodiagnose bei Lues, von MARTIN SCHUBERT, Hautkl. Nürnberg. S. 413—427. Vergleichende Untersuchungen an 606 Blutseren. Übereinstimmende Resultate mit der WR in 94% der Seren. Öftere positive Resultate bei Primäraffekten und Lues latens. Mit der MDM übereinstimmend in 96%. Vorteile der Methode: die verhältnismäßige Einfachheit der Technik, ihre Schnelligkeit bei bestehender Spezifität der Resultate. Aus praktischen Gründen wird geraten die Extraktsuspension kurz vor Anstellung der Methode frisch zuzubereiten; das zuletzt von BRUCK empfohlene Natriumsulfat an Stelle von Natriumchlorid zu verwenden, wird hauptsächlich aus praktischen Gründen abgelehnt.

Epithelioma adenoides cysticum im Gesicht und Zylindrome am behaarten Kopf, von HANS BIBERSTEIN, Hautkl. Breslau. S. 428—433. Bericht eines Falles, der sich anreiht an die ähnlichen Fälle von FRIBOES und PINKUS. Einreihung der Fälle zu

Digitized by Google

den nävusartigen Bildungen. Gleiche Entstehungsursache und Ausbildung von verschiedenen Typen benigner Epitheliome in Abhängigkeit von der Körperlokalisation.

Unsere Todesfälle während und nach Salvarsanbehandlung, von FRIEDRICH FRITZ, Hautkl. Innsbruck. S. 434—452. Bericht über 7 Todesfälle, bei deren Obduktion in 6 Fällen der Status lymphaticus, resp. thymo-lymphaticus vorgefunden wurde. Eine hohe Dosierung des Salvarsans könne nicht für den Tod verantwortlich gemacht werden, da bei genauer Beobachtung der Kontraindikationen auch die großen Salvarsandosen anstandslos vertragen werden. Gegeben wurde meist 0,9 Neosalvarsan in Zwischenräumen von 9—10 Tagen.

Parakeratose und Leukozytose, von K. NISHIURA (Kyoto), Hautkl. Frankfurt. S. 453—464. Es wurden histologisch untersucht 32 Fälle von Psoriasis, Parapsoriasis, chronischem Ekzem und Neurodermitis chronica. Im Gegensatz zu BIZOZZERO und in Bestätigung der Befunde von UNNA, SANTI, POLLITZER und KROMEYER konnte nachgewiesen werden, daß in fast sämtlichen Fällen der Gehalt an Leukozyten, speziell Lymphozyten, mit der Ausbildung der Parakeratose parallel ging. E. Hornemann-Lüneburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

c. Therapie.

Über Blennosan und interne Antigonorrhoika, von FRITZ BODLÄNDER-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 51, S. 1620.) Blennosan (aus dem Kopaivabalsam hergestellt) ist dem ungleich teuereren Sandelholzöl an Wirkung gleichwertig und hat vor ihm voraus, daß keine Nierenreizungen auftreten. Im Gegensatz zum Ausgangsmaterial wurde unter 2000 Fällen kein einziges Exanthem beobachtet. F. Landauer-Berlin.

Beitrag zur Behandlung der gonorrhoischen Komplikationen mit Phlogetan, von O. HELLER-Prager Handelsspital. (M. Kl., 1923, Nr. 8.) Phlogetan ist eine aus Zellkörnern gewonnene Fraktion von Abbauprodukten nukleoproteinhaltiger Eiweißkörper, selbst also kein solcher. Die Injektionen (bis zu höchstens 5) erfolgen in steigender Dosis von 2—5 ccm. Lokalreaktion meist äußerst gering, Allgemeinreaktionen mäßig, Herdreaktionen am ersten und zweiten Tage durch stärkere Schmerzen, vermehrte Schwellung und Rötung merklich. Alle diese Erscheinungen werden als negative Phase aufgefaßt, die positive Phase brachte stets eine Besserung des Krankheitszustandes bei Epididymitis, Prostatitis, Fußgelenksentzündung. Eine Beeinflussung des Krankheitsprozesses in der Harnröhre war nicht bemerkbar. E. Levin-Berlin.

Behandlung der Sekundärerscheinungen nach Gonorrhoe mit Resantin (Gonokokkenvakzine „Kalle"), von HANS EGGERTH-Leoben. (W. m. W., 1923, Nr. 1, S. 63.) Empfehlung des obigen Mittels bei blennorrhoischen Komplikationen. E. Langer-Berlin.

Desinfektion der gonorrhoischen Urethra (Abortivheilung und Cholevalemulsion), von J. SCHERESCHEWSKI-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1508—1509.) Die von der Firma Merck in Darmstadt als Prophylaktikum gegen Blennorrhoe in den Handel gebrachte $2^1/_2$%ige Cholevalemulsion hat sich außer bei der Prophylaxe auch bei der Abortivheilung des frischen Trippers des Mannes bewährt. Bei vorgeschrittener Blennorrhoe sind die Heilerfolge verschieden. Die Versuche über die Wirkung der Emulsion bei weiblicher Blennorrhoe sind noch nicht abgeschlossen. Die Cholevalemulsion soll auch bei der Diagnostik der Blennorrhoe in chronischen Fällen dadurch gute Dienste leisten, daß die Bazillenflora, die die Diagnose erschwert, beseitigt wird und in positiven Fällen ausschließlich Gonokokken neben Leukozyten zu sehen sind. Ferner soll die Emulsion zur Provokation geeignet sein. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Verhütung der Komplikationen bei der Behandlung der Gonorrhoe, von E. HESSE, Hautabt. Marienhospital, Düsseldorf. (M. Kl. 1922, Nr. 32, S. 1027 bis 1028.) Da die Häufigkeit von Komplikationen der akuten Blennorrhoe nach den einzelnen Autoren außerordentlich verschieden ist, so ist anzunehmen, daß der Grund dafür in der differenten Behandlungsweise gesehen werden muß. Als Ursache für das vermehrte Auftreten der Komplikationen kommen zu stark wirkende Lokalbehandlung und die Nichtanwendung der bewährten internen Hilfsmittel in Frage. Bewährt haben sich von letzteren besonders die diuretisch und adstringierend wirkenden Tees bzw. Extrakte als Teetabletten. G. Heymann-Elbing.

Die Verhütung von Komplikationen bei der Behandlung des frischen Trippers des Mannes, von ZINSSER-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 27, S. 1016.) Aus

Digitized by Google

diesem für praktische Ärzte geschriebenen Aufsatz interessiert uns besonders, daß Z. der Anwendung der Silbermittel am Beginne des Trippers ablehnend gegenübersteht. Denn sie reizen und erzeugen vermehrten Eiterfluß. Hierdurch wird die Entstehung einer Erkrankung der hinteren Harnröhre begünstigt. Daher empfiehlt es sich, zunächst $^1/_8$%ige Lösung von Zincum sulfocarbolic. anzuwenden, wodurch Sekretion und Gonokokken verringert werden. A. v. Notthafft-München.

Eine aussichtsreiche Therapie der männlichen und weiblichen Gonorrhoe. (Vorläufige Mitteilung), von Egon Keining, Univ.-Hautkl. Marburg. (M. m. W., 1922, Nr. 50, S. 1730.) Gono-Yatren ist eine Mischung von Gonokokken und Yatren, wobei letzteres die Gonokokken abtötet, ohne daß Denaturierung oder Eiweißfällung eintritt. Bei der Blennorrhoe kann man nun nicht einfach schematisch behandeln, sondern muß der individuellen Dosierungsbreite größeren Spielraum lassen. Daher kommt das Mittel in für schematisierte Behandlung der unkomplizierten Gonorrhoe geeigneten Seren wie in solchen für die individuelle der Komplikationen in den Handel. A. v. Notthafft-München.

Über Infektion und Reinfektion des Weibes mit Gonokokken. Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie therapeutischer Mißerfolge der weiblichen Gonorrhoebehandlung, von Bucura-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 577.) Auf Grund langjähriger Studien hat Verf. gefunden, daß als Hauptquelle der Infektion und Reinfektion der Frau der chronische latente, nur scheinbar geheilte Tripper des Mannes in Frage kommt, der, da er keine oder so gut wie keine Symptome macht, als geheilt betrachtet wird. Vor Entlassung eines Patienten, vor allem vor Ehekonsenserteilung, ist energische Provokation notwendig. Verf. verspricht sich viel von einer Kombination einer lokalen Therapie mit starker Vakzinebehandlung. Vor Übernahme der Behandlung einer Frau muß deren Partner gründlich untersucht und gleichzeitig auch behandelt werden. E. Langer-Berlin.

Diagnose und Behandlung der Gonorrhoe des Weibes und die Feststellung ihrer Heilung, von Rob. Asch und Friedr. Wolff-Breslau. (M. m. W., 1922, Nr. 35/36, S. 1273—1310.) Sekretentnahme aus Urethra und Mastdarm mit Löffel. Untersuchung der ersten Urinportion nach Reinigung der Vulva und Einlegen absperrender Watte in die Scheide. Sekretentnahme aus der Zervix mit löffelartiger Kornzange. Das Rektum wird auch während der Behandlung des Genitaltrippers wiederholt auf Gonokokken untersucht, um späteres Übergreifen aufzudecken. Behandlung: immer gleichzeitig Urethra, Uterus und Vagina, Rektum nur, wenn es befallen. Coitus condomatus nach Abklingen der akuten Entzündungen bei Ehefrauen gestattet (!). Verff. leugnen ein häufigeres Vorkommen der Spontanheilung des Trippers. Bei der Behandlung der Zervikalgonorrhoe ist die stets miterkrankte Gebärmutterhöhle immer mitzubehandeln, und zwar mit den von Pagenstecher angegebenen, von Sänger in die Gynäkologie eingeführten dünnen, elastisch biegsamen Metallstäbchen. Diese werden nach der Lage der Gebärmutter gebogen, 8—9 cm lang, mit feiner Augenwatte umwickelt, mit einem öligen Desinfiziens (6—20%iges Jodvasogen, 12—20%iges Jothion) beschickt und ohne Gewalt eingeführt. Während die Kornzange die Watte hält, wird das Stäbchen herausgezogen. Nach einigen Minuten auch Entfernung der Watte und nochmals ein Stäbchen; dieses Mal bleibt die Watte liegen. Alle 3—4 Tage! Vor den Regeln ist die Sondierung manchmal der Schwellung der Schleimhaut wegen nicht möglich. Heilung in etwa 2 Monaten. In hartnäckigen Fällen statt obiger Mittel: Ichthyol 30,0—90,0, Aqua ad 100,0 oder reines Ichthyol oder Trypaflavin 0,75—1,0 Ol. olivar. ad 100 oder Billrothsche Höllensteinsalbe. Bei Graviden lediglich Behandlung der Zervix mittels Uterusspritze durch diese Salbe. Gleichzeitig innere Behandlung der Harnröhre: die Frauen führen 3—5mal täglich im Spiegel sich eins der bekannten Stäbchen ein. Wo diese nicht vertragen, wird in 3 Teilen gespritzt: der erste Teil bringt das Sekret zum Gerinnen, der zweite spült es aus, der dritte, der nun unter stärkerem Druck eingespritzt werden darf, wird zur Desinfektion einige Minuten in der Harnröhre gehalten. Nach der Urethralbehandlung desinfizierende Scheidenspülung, mehr zur Verengung als um spezifischer Behandlung willen. Feststellung der Heilung: Wenn nach 12—15 Behandlungen bei fortgesetzter Behandlung die Präparate negativ waren, wird die Therapie ganz ausgesetzt und jeden 2.—3. Tag wieder untersucht. Nach 3—4maligem negativen Befund wird die Harnröhre mit 2%iger Höllensteinlösung, die Zervix mit 10%iger gereizt. Nach 2—3maligem und öfterem negativen Befund Wiederholung mit gleichzeitiger Gonargininjektion (steigend von 100 auf 1000 Millionen). Präparate auch nach den dazwischen fallenden Regeln! A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe, von Arneth und Febbitias-Münster i. W. (M. m. W., 1923, Nr. 1, S. 9.) Arneth geht von der Ansicht aus,

Digitized by Google

daß die Hauptquelle für die Verschleppung der Gonorrhoe die Urethra und nicht die Zervix ist. Erstere ist daher intensiv, die letztere milde zu behandeln. Täglich 3mal Einblasung von 2%igem Cholevalbolus nach NASSAUER, jeden vierten Tag nach Vaginalspülung Einführung eines Ichthyolglyzerin- oder Alaunglyzerintampons vor die Portio; Entfernung am nächsten Tag, eventuell auch örtliche Ätzungen. Bei frischer Urethralblennorrhoe und Fluor ohne Zervixbeteiligung lediglich Trockenbehandlung der Vagina. Die Erfolge waren gut bei Frühbehandlungen, Abortivbehandlungen und sogar chronischen Blennorrhoen. Das Aszendieren scheint fast völlig vermieden zu werden. Um die Urethra zu beeinflussen, werden in diese Glasstäbchen eingeführt, welche mit einer Wachskakaomasse überzogen sind, die mit einem Heilmittel vermischt ist. (Herstellungsweise im Original nachzulesen!) In den Fällen mit ausschließlichem Harnröhrentripper waren so die Gonokokken in 1—9 Wochen vertrieben. Aber auch bei gleichzeitiger Zervixgonorrhoe erfolgte fast immer rasche Heilung, wobei die Zervix zuerst gonokokkenfrei wurde. Auch in älteren Fällen mit ihrem wechselnden Gonokokkenbefund wurde „meist nach einigen Monaten ein befriedigender Erfolg erzielt". Ausschließliche Zervixtripper wurden „nach 2—4 Wochen andauernd negativ behandelt". A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von TH. KATZ-Nürnberg. (M. m. W., 1922, Nr. 27, S. 1010.) Empfehlung einer Spritze, welche eine Tablette an den Muttermund schleudert und Wasser nachspritzt. Erfolge günstig. Die Spritze dient zur Selbstbehandlung. A. v. Notthafft-München.

Klinische Erfahrungen über die intravenöse Behandlung der offenen Schleimhautgonorrhoe des Weibes, von OTTO VON ROHDEN-Heickendorf. (M. m. W., 1922, Nr. 31, S. 1198.) Die endovenöse Behandlung hat bessere Resultate als die Lokalbehandlung ergeben. Ein Allheilmittel ist sie aber auch nicht. Gonargin wirkte am besten. Die mit Kollargol, Chrysolgan (+ intramuskulär Hydrarg. salicyl.) und Gonotropin wirkten ziemlich gleichartig. Gonargin hat auch die geringsten Nebenwirkungen gehabt. Bei Kollargol und Chrysolgan die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen; bei letzterem kommt es gelegentlich auch zu Toxikodermatosen.
A. v. Notthafft-München.

Zur Zervixbehandlung der Gonorrhoe mittels der Pustschen Zelluloidkapseln, von P. HANNEN-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 3, S. 89.) Verf. sah keine Erfolge mit der Kapselbehandlung der Zervikalgonorrhoe nach PUST. Dagegen verdienen die Kapseln zu antikonzeptionellen und prophylaktischen Zwecken den Vorzug vor den im Handel befindlichen Gummikappen. F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung gonorrhoischen Fluors mittels Bierscher Stauung und Vakzinebehandlung, von G. LÖWENSTEIN und B. SCHAPIRO, Abt. PINKUS, Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 36, S. 1147—1148.) Die Vakzinebehandlung (Gonargin alle 5 Tage) zeigte meist nur nach der ersten Injektion eine stärkere Reaktion und danach meist eine Vakzinefestigkeit von etwa 2 Monaten. Die Biersche Stauung wurde mittels einer eigens dazu konstruierten Saugglocke, die über die Portio gestülpt wird, vorgenommen. Zwischenstück, 2-Wegehahn und Saugpumpe sind damit verbunden. Die Saugbehandlung wurde täglich 10—15 Min. vorgenommen. Der eitrige Ausfluß läßt nach wenigen Behandlungen nach, an seine Stelle tritt spärliches glasiges Sekret mit feinen Eiterpfröpfchen. Während das glasige Sekret selbst gonokokkenfrei ist, lassen sich in den Pfropfen stets Gc. nachweisen. Die Stauungsbehandlung heilt nicht die Blennorrhoe. Die Verff. glauben aber, eine brauchbare Methode für die Provokation der weiblichen Blennorrhoe gefunden zu haben. A. de Lemos-Hamburg.

Trockenbehandlung bei Gonorrhoe der Vagina und Zervix, von H. WEITGASSER-Graz. (M. Kl., 1922, S. 1319.) Zur Behandlung der blennorrhoischen und nicht blennorrhoischen Vaginal- und Zervixerkrankungen bevorzugt Verf. statt der Spülbehandlung die Trockenbehandlung mit Vulnodermol. Dieses hat durch seine Jodkomponente — 1% elementares Jod — eine resorbierende und desinfizierende und durch seinen 2%igen Tanningehalt eine adstringierende Wirkung. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen mit Alutin-Albargin bei der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von FRIEDRICH BURGKHARDT-Zwickau. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 12, S. 479.) Verf. empfiehlt für die Behandlung der weiblichen Harnröhrenblennorhoe regelmäßige heiße Spülungen von 45—50° C mit Zusatz von Alutin-Albarginkapseln (Laborat. Heida, Dortmund) mit Hilfe eines Harnröhrenkatheters (nach WEINBERG). Zur Beeinflussung der Zervixblennorrhoe sollen die Frauen mit denselben Kapseln heiße Scheidenspülungen machen. Zur Behandlung des postgon. Katarrhs bei Frauen wird Alutin rein und Alutin c. Zinc. sulf. empfohlen. G. Aßmann-Barmen.

Digitized by Google

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Die Harnneurose (La Neurasthénie urinaire), von Leguеu. (Progr. méd., 1922, Nr. 51.) Bei Frauen kommen nur Neuralgien der Urethra in Betracht, bei Männern ist das Leiden charakterisiert durch Miktions- und Sensibilitätsstörungen, Störungen der Geschlechtsfunktion, allgemeine Störungen. Bei einer sehr geringen Zahl von Kranken sind urethroskopisch minimale Läsionen der Urethra posterior nachweisbar, und zwar in der Gegend des Verumontanum, Schwellung, Ödem, Polypen, in der unterhalb desselben gelegenen Fossa prostatica Infiltrate, Polypen. Hier ist örtliche Behandlung indiziert, die im Gegenteil bei den übrigen, die weit überwiegende Mehrzahl bildenden Fällen, durchaus zu verwerfen ist. Es kommt für diese nur eine psychische Behandlung in Betracht. E. Levin-Berlin.

Penis bifidus mit Hypospadie (Pénis bifide avec hypospadiase), von Pires-Lima. (Presse méd., 1923, Nr. 19, S. 383.) Verf. bringt die Photographie einer Mißbildung des Penis eines 58jähr. Mannes, Vater von 5 Kindern, wobei der kurze, dicke Penisschaft mit zwei imperforierten Eicheln endigte. Die Beobachtung bestätigt die Auffassung Retterers, der annimmt, daß der Penis durch Verschmelzung von zwei symmetrischen Gebilden entsteht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

b. Penis, Urethra, Blase.

Die erosive und gangränöse Balanitis und Vulvitis, ihre Differentialdiagnose und die ätiologisch verwandten Prozesse der Mund- und Rachenhöhle, von G. Scherber. (W. m. W., 1923, Nr. 9, S. 437.) Spirochäten und fusiforme Bazillen kommen saprophytär neben anderen Bakterien am Genitale und in der Mundhöhle vor. Gehen sie in ein parasitäres Stadium über, so können sie rasch die anderen Bakterienarten überwuchern. Die häufigste Form der nekrotisierenden durch diese Erreger bedingten Balanitiden ist die Balanitis erosiva circinata, deren bekanntes klinisches Bild eingehend besprochen wird, desgleichen die differentialdiagnostische Abtrennung. Genaue Besprechung des biologischen Verhaltens der bei dieser Affektion in Symbiose lebenden Spirochäten und Bazillen. Von letzteren ist Verf. die Kulturanlage besonders reichlich in stickstoffhaltigen und aërob auf serumhaltigen Nährböden gelungen. Schluß folgt. E. Langer-Berlin.

Phlegmone und Gangrän an Penis und Skrotum, von Esau-Aschersleben-Bode. (Arch. f. kl. Chir., 1923, Bd. 122, H. 3, S. 635) Verf. teilt auf Grund seiner Erfahrungen und analog den Angaben Coenens und Przedborskis die Phlegmonen und Gangränen am Skrotum in 4 Gruppen ein. 1. Als Folge von Allgemeinerkrankungen, und zwar a) von Infektionserkrankungen. Bei schweren Infektionserkrankungen ist das Skrotum, zwischen den Oberschenkeln eingeklemmt, besonders gefährdet, als Locus minoris resistentiae Sitz einer embolischen Metastase zu werden. So wurde eine metastatische Gangrän bei Masern, Influenza, Malaria, Pneumonie, Typhus und Cholera schon beobachtet. Diese Fälle stellen etwa 5% der beobachteten Gangränen am Genitale dar; b) nach Stoffwechselerkrankungen (etwa 5%), besonders bei Diabetes und Arteriosklerose genügen kleinere akzidentelle Wunden oder kleine operative Eingriffe zur Entstehung einer Gangrän. 2. Als Folge von Urinextravasaten und -infiltrationen. Vorbedingung ist eine Ruptur der Urethra oder kleine Läsio, wie sie hinter blennorrhoischen Strukturen häufig spontan auftreten (5% der beobachteten Phlegmonen). 3. Als Folge eines Trauma, handelte es sich um eine mechanische, chemische oder thermische Schädigung (etwa 15%). Hierher gehören Einschnürungen des Penis durch einen Ring, durch zu festen Verband, nach Einreibung mit Jodtinktur und ähnliches. 4. Als Folge lokalentzündlicher Infektionsprozesse (etwa 70% der beobachteten Fälle). Hier handelt es sich meist um leichte Erysipele, die durch Inzisionen einer foudroyanten Gangrän Platz machen. Man findet bakteriologisch meist kurzkettige Streptokokken. Ätiologie unbekannt. Die Symptome sind äußerst charakteristisch. Prognostisch bemerkenswert ist, daß diese Gangrän meist bis unter die Aponeurose vordringt und auch die tiefe Muskulatur ergreift, weshalb dann tiefste Inzisionen geboten sind, die die Stelle oberflächlicher Rötung weit überschreiten müssen. Es handelt sich fast immer um eine feuchte Gangrän. Prognostisch am ungünstigsten ist die Gangrän, wenn sie nach schweren Allgemeinerkrankungen

Digitized by Google

einen geschwächten Körper trifft, dann meist auch mit Untertemperaturen einhergeht. Wird die Infektion überstanden, so soll man nicht zu früh an die plastische Deckung der Hautdefekte gehen, denn es besteht noch lange die Gefahr eines Wiederaufflackerns der Infektion, ferner überhäuten sich die Defekte meist spontan fast vollständig, so daß man mit kleinen THIERSCHschen Läppchen meist auskommt. Die Prognose hängt stets vom Erreger der Infektion ab, jedoch beträgt die Gesamtmortalität immerhin 10—20%.

A. Rosenburg-Berlin.

Zur Behandlung der Verletzungen der männlichen Harnröhre, von MARTIN JASTRAM, Chir. Klinik Königsberg i. Pr. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 177, H. 1/2, S. 70.) Aus der Beobachtung von 21 Fällen werden folgende Schlüsse gezogen: 1. Bei frischer, nicht infizierter Harnröhrenverletzung mit voraussichtlich geringer Zertrümmerung des Gewebes ist der Versuch der Einführung eines weichen Katheters unter strengster klinischer Beobachtung gestattet, der, wenn es gelingt, als Dauerkatheter liegen bleibt. 2. Andernfalls äußerer Harnröhrenschnitt, selbst wenn die Harnentleerung nicht gestört ist. 3. Dieser ist auch angezeigt bei frischen Verletzungen mit voraussichtlich weitgehender Zertrümmerung des Gewebes sowie bei Zeichen lokaler Infektion. 4. Bei jeder Verletzung soll vollständige zirkuläre Naht der Harnröhre angestrebt werden. 5. Die ausgebildete Striktur der Harnröhre ist durch äußeren Harnröhrenschnitt, Resektion und Naht zu behandeln. 6. Bei schwerer Infektion des Harnapparates ist die Zystostomie vorauszuschicken. 7. Nachbehandlung des äußeren Harnröhrenschnittes am besten mittels Dauerkatheters, der zweckmäßigerweise mit einer Absaugevorrichtung versehen wird. Zystitis wird durch frühzeitige Blasenspülungen verhindert.

E. Levin-Berlin.

Erkrankungen des Penis, von ERNST PORTNER-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 48, S. 1531—1532.) Nach der Phimoseoperation empfiehlt P., stets Brom wegen der häufig sehr schmerzhaften Erektionen zu geben, am besten in Form des stärker wirkenden Bromurals oder Adalin. Kleine Kondylome beseitigt man rascher durch Resorzin in Substanz (3,0) — 2mal täglich einpulvern und mit etwas Zellstoff bedecken — als mit den früher viel gebrauchten Summitates sabinae. Bei Ulcus molle nach genauer mikroskopischer (auf Spirochäten) Untersuchung, wenn möglich, Ausschneiden des Geschwürs unter örtlicher Betäubung und gründlicher Jodierung. Vorzüge der Exzision: sofortige Beseitigung der Infektionsquelle, Vermeidung von Bubonen, schnellere Heilung. Bei Balanitis hat sich P. seit Jahren das Aufträufeln von 10%igem Ichthyolglyzerin auf die Eichel bewährt; dieselbe darf vorher nicht gewaschen werden, weil dadurch die Mazeration nur vermehrt wird. Auch das Dazwischenlegen von Watte zwischen Eichel und Vorhaut ist aus demselben Grunde zu unterlassen.

M. Stern-München.

Die Resektion der Harnröhre mit Mobilisierung und Naht bei Narbenstrikturen und Fisteln, von NICOLAI PETROFF-St. Petersburg. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 122, H. 1, S. 1.) Verf. fordert bei Strikturen der Harnröhre die Resektion der Striktur und die Naht der Fistel, da durch dauerndes Bougieren niemals eine Dauerheilung zu erzielen sei. Verf. hat in 11 Fällen seine Operationsweise angewandt, und zwar in 9 Fällen mit bestem Erfolg. Zwar sah Verf., wie er ausdrücklich angibt, seine Patienten nur 3—4 Monate nach der Operation, doch glaubt er aus den Anzeichen mit Dauererfolgen, wie sie auch andere Autoren hatten, rechnen zu können. Verf. fordert an Stelle der Urethrotomia externa oder interna prinzipiell die Radikaloperation. Zuerst wird eine suprasymphysäre Fistel angelegt und das MARIONSche Doppelrohr eingelegt. Bestehen Entzündungserscheinungen am Damm, so wird jetzt erst das Abklingen derselben abgewartet. Bestehen keine Entzündungen am Damm, so gibt man gleich Lumbalanästhesie oder Vollnarkose und schreitet gleich zur Radikaloperation. Man hat nun sowohl von der Blase aus retrograd, wie von vorne durch das Orificium externum penis je einen Metallkatheter bis zur Striktur vorgeschoben und kann jetzt zur Operation selbst schreiten. Ein medianer Längsschnitt legt die Narbe frei, die völlig exzidiert wird. Wichtig ist es jetzt, den distalen Teil der Urethra mit den Schwellkörpern so weit zu mobilisieren, daß die Enden ohne Schwierigkeit vereinigt werden können. Während der Naht werden die Metallkatheter durch einen Nelatonkatheter ersetzt, der sofort nach der Naht entfernt wird. Blasenspülung durch das dünne Rohr des MARIONSchen Drains, das nach 14 Tagen entfernt wird. Jetzt kann im Bedarfsfalle ein dünner Nelatonkatheter per vias naturales eingelegt werden, wenn die Dammwunde nicht völlig dicht ist. Die Sectio alta macht Verf. von einem suprasymphysären Querschnitt aus, weil er so die nicht gefüllte Blase leichter zu finden hofft, als vom Längs-

Digitized by Google

schnitt aus. Die Harnröhrenresektion mit Vereinigung der Stümpfe gibt sicherere Resultate als die freien Transplantationen. A. Rosenburg-Berlin.

Erkrankungen der Blase, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 49/52.) Sammelreferat. F. Landauer-Berlin.

Miktionspathologie, von Oswald Schwarz-Wien. (Kl. W., 1923, Nr. 7, S. 285.) Besprechung der Physiologie und Pathologie der Blasenfunktion. Für den Urodermatologen nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Aus der Praxis zur Bekämpfung der reinen Enuresis nocturna, von Franz Fischer-Düsseldorf. (M. Kl., 1923, Nr. 5). Neben allgemein diätetischer und psychischer Beeinflussung kommt operative Behandlung von Adenoiden und hypertrophischen Tonsillen in Betracht, eventuell mit nachfolgender Thyreoidinbehandlung. Besonders gute Erfolge gaben organo-therapeutische Präparate (der Fabrik Hormona) von Hoden (nicht nur bei Kryptorchismus) und Ovarien. Epidurale Injektionen nach Cathelin wirkten in einigen Fällen gut, wahrscheinlich jedoch rein psychisch (Angst vor dem Eingriff), wie auch bei den übrigen Behandlungsmethoden die suggestive Wirkung eine große Rolle spielt. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Enuresis im Kindesalter, von Rietschel-Würzburg. (M. m. W., 1922, Nr. 47, S. 1635.) Die Enuresis nocturna entsteht durch Unwegsamkeit der Bahn, welche das Kontraktionsgefühl dem Großhirn vermittelt und, abgesehen von örtlichen Dingen und konstitutionellen Anlagen, durch Steigerung der nächtlichen Nierentätigkeit. Wasserreiche, kochsalzarme, kohlehydratreiche und dabei fettarme Nahrung begünstigen sie (Kriegsenuresis!). Die Behandlung besteht also in äußerster Flüssigkeitseinschränkung nach dem Morgenkaffee beginnend und einer Diabetikerkost ähnlichen Ernährung, ohne daß jedoch die Kohlehydrate ganz verschwinden dürfen. Bei dem Wecken der Kinder ist es notwendig, daß diese voll erwachen. Schmerzliche Behandlungen haben im allgemeinen keinen Zweck. Andere psychische Beeinflussungen sind aber sehr wertvoll. A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der Enuresis, von Kurt Ochsenius-Chemnitz. (M. m. W., 1923, Nr. 14, S. 432.) Ochsenius widerspricht Rietschel, der (M. m. W., 1922, Nr. 47) behauptet hatte, daß man den Kindern frisches Obst geben darf. Gerade dieses wirkt aber besonders ungünstig. Der Wassergehalt ist hoch; das Wasser kommt langsamer zur Ausscheidung als dasjenige eines frischen Teeaufgusses. Auch der hohe Kaligehalt des Obstes ist zu berücksichtigen. Das Fassungsvermögen der Blase ist durch Verbot häufigen Urinlassens am Tage zu erhöhen. Androhung von Strafen wirke (durch Suggestion) manchmal nicht ungünstig. Zum Schlusse wird als Kuriosum ein besonderes Abendgebet angeführt. A. v. Notthafft-München.

Harninkontinenz beim Weibe (Urinary Incontinence in the Female), von E. L. Young-Boston. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 21, S. 1753—1756.) Von allen bisher angegebenen Methoden bei der Behandlung der Harninkontinenz des Weibes hat sich Verf. die operative Methode am besten bewährt. Seine Erfahrungen stützen sich auf 18 Fälle. Es folgt eine ausführliche Beschreibung der Operation, dazu 3 Abbildungen. F. Quasig-Hamburg.

Zur Behandlung der Cystitis und Cystopyelitis acuta und chronica, von Schottmüller-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1179.) Heilung in 82%. Es handelt sich um akute und chronische Fälle, um reine Koliinfektionen oder Mischinfektionen mit Koli und Staphylokokken oder Streptokokken, oder um reine Infektionen mit Staphylokokken, Streptokokken, Gonokokken oder Typhusbazillen. Die Behandlung geschieht mittels Anfüllung der Blase mit 100 ccm 2%iger, ja $2^1/_2$ und 3%iger Höllensteinlösung für 5 Min. und darauffolgender Kochsalzspülung; wo $AgCl_2$ zu sehr reizt, wird mit destilliertem Wasser nachgespült. Schonung der Harnröhre! Manchmal klärt sich schon 2—3 Tage nach der ersten Spülung der Harn. Meist sind in 4—5-tägigen Abständen 3—4 malige Spülungen nötig. Krankheitsfälle, die nach 8—10 Spülungen nicht geheilt sind, werden auch nicht geheilt. Die begleitende Pyelitis heilt meist rasch von selbst. Länger als 24 Stunden dauern die Tenesmen nicht. A. v. Notthafft-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. August 1923 | Nr. 33 | Band 77

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Gustav Riehl).

Über diagnostische Impfergebnisse mit Mikrosporin (Hoechst) bei Mikrosporie und artverwandten Pilzerkrankungen (Trichophytie, Favus).

Von

Prof. Dr. L. Arzt und Dr. H. Fuhs, Assistenten der Klinik.

Schon in früheren Arbeiten aus der Klinik (Arzt und Fuhs) wurde bei Erörterung der Immunitätsverhältnisse der Mikrosporie von Versuchen mit einem artspezifischen Pilzextrakt (Mikrosporin) Erwähnung getan. Dieser wurde aus einem Mikrosporon-Audouini-Stamm einer der 5 sporadischen Mikrosporiefälle der Klinik im Jahre 1919 im serotherapeutischen Institut in Wien von Doz. Dr. Busson hergestellt.

35 damit diagnostisch-kutan und intrakutan geimpfte Patienten mit teils typischer, teils atypischer Mikrosporie zeigten bis auf vereinzelte ganz flüchtige Rötungen der Haut an der Impfstelle keinerlei Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktion. Dabei wurde das Mikrosporin konzentriert und in verschiedenen Verdünnungen appliziert. In der Folge wurden daher die Allergieverhältnisse, besonders bei den Fällen mit atypischen (stärker inflammierten) Kopf- und Körperherden bzw. mit einer Mikrosporonallgemeinerkrankung, mit artverwandten Extrakten (Trichophytinen) untersucht. Hatten doch bereits Bloch, Plaut, Wandel, Bodin u. a. auf die nahe Verwandtschaft der Favus- und Trichophytonpilze hingewiesen und vielfach auch wechselseitig mit Extrakten aus Trichophytonstämmen bei Favus und umgekehrt positive Reaktionen erhalten (Gruppenreaktion). Die diagnostischen Impfversuche mit Trichophytin Hoechst) bei den Mikrosporiefällen der Klinik bestätigten dann auch für diese Hyphomykose das Vorhandensein einer Allergie auf den artverwandten Extrakt. Damit war die Ansicht Riehls von einer engen Verbindung zwischen Mikrosporie und Trichophytie auch auf Grund immunbiologischer Untersuchungen bestätigt.

Da nun Fischer mit einem selbstgefertigten Extrakt aus alten Mikrosporiekulturen allerdings nur schwache Reaktionen bei entzündlichen Formen der Mikrosporie und Trichophytie erzielte, wurde die Frage von uns neuerdings in Angriff genommen. Zu diesem Zwecke wurde uns in den letzten Monaten auf unser Ansuchen ein weiteres Präparat nach Art des Trichophytin aus Mikrosporon-Audouini-Stämmen der derzeitigen Wiener Epidemie (1921—23) von den Hoechster Farbwerken in entgegenkommender Weise bereitet. Mit dem genannten Mikrosporin (Extrakt I—VIII) haben wir nun eine Reihe von Mikrosporie-, Trichophytie- und Favuspatienten diagnostisch geimpft, und zwar wurden gleichzeitig parallellaufende Impfungen mit dem Hoechster Trichophytin und Mikrosporin neben der entsprechenden Kontrolle mit $^1/_4$%iger Karbollösung vorgenommen.

Digitized by Google

Die kutane Applikation von Mikrosporin nach Art eines Pirquet an der Außenseite des Vorderarmes bei 5 Mikrosporie- sowie 5 Trichophytiepatienten mit ausgesprochener Allergie auf intrakutane Injektion des Extraktes wies ein völlig negatives Resultat auf. Analoges konnten wir seiner Zeit in Übereinstimmung mit Bruck, Scholtz, Kusunoki u. a. mit Trichophytin beobachten.

Daher wurde des weiteren das Mikrosporin nur mehr intrakutan (0,1 ccm) an der Innenseite des Vorderarmes injiziert. Unter den verfügbaren Extrakten I—VIII hat sich uns Präparat I am besten bewährt. Bei der Ausprobung der Reaktionsstärke verschiedener Konzentrationen (1 : 50, 1 : 20, 1 : 10, 1 : 5 des Originalmikrosporins, Extrakt I, hergestellt mit $^1/_4$ %iger Karbollösung) hat die von Scholtz u. a. sowie später auch von uns mit Trichophytin als geeignetst befundene Verdünnung 1 : 50 auch beim Mikrosporin die zuverlässigsten Resultate ergeben.

Die Präparate II—VIII des Höchster Mikrosporins, die bei je 5 Fällen von allergischen Mikrosporien bzw. Trichophytien, verglichen mit Extrakt I und Trichophytin (Hoechst), in der gleichen Verdünnung bisweilen stärkere Reaktionen, ferner bei ganz typischen Kopfmikrosporien zum Teil unspezifische Resultate (Rötung und Schwellung) an der Injektionsstelle ergaben, wurden im weiteren Verlaufe der Untersuchungen gegenüber Extrakt I zurükgestellt.

Mit dem Mikrosporin I wurden in oben erwähnter Weise zunächst 50 Mikrosporiekinder diagnostisch geimpft. Davon zeigten 24 typische (nicht oder wenig entzündliche) Kopfherde, 26 atypische Mikrosporie, und zwar davon 20 inflammierte Kopfherde vom Typus eines Herpes tonsurans vescio-pustulosus, 6 Mikrosporieallgemeinerkrankung mit lichenoidem Exanthem (Mikrosporid). Während bei der typischen Mikrosporie die Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktion durchweg negativ ausfiel, zeigten 8 Patienten mit stärker entzündeten Kopfherden eine verschieden starke positive Reaktion an der Impfstelle (Lokalreaktion) in Form von verschieden großer Rötung und zentraler Papelbildung. Die intensivste Lokalreaktion — ja sogar Pustulation im Bereiche des Infiltrates — gaben Fälle von Lichen microsporius. Dabei konnte zuweilen auch eine leichte Herdreaktion (ausgesprochene Rötung und Schwellung) an den Lichenefflorescenzen wahrgenommen werden.

Der Grad der Lokalreaktion auf Mikrosporin befand sich bei sämtlichen positiven Fällen in ziemlicher Übereinstimmung mit jenem auf das gleichzeitig applizierte Trichophytin. Letzteres wurde ebenfalls an der Innenseite desselben Vorderarmes, 5 cm unterhalb der Mikrosporinimpfstelle, injiziert. Als positiv wurden nur solche Lokalreaktionen bezeichnet, bei denen neben einer vollkommen unveränderten oder nur ganz flüchtig geröteten Kontrollimpfstelle mit der $^1/_4$ %igen Karbollösung an der Mikrosporin- und Trichophytinimpfstelle deutliche Rötung und zentrale Papelbildung mit dem Höhepunkt nach 24—48 Stunden und langsamem Abklingen festgestellt werden konnten.

Des weiteren wurden 10 Trichophytiepatienten, und zwar 4 Kinder mit oberflächlichen Kopfherden von Art eines Herpes tonsurans erythemato-squamosus, 1 Knabe mit Kerion capitis und 5 Erwachsene mit Trichophytia profunda barbae vom furunkuloiden

Digitized by Google

Typ diagnostisch in angegebener Weise mit Mikrosporin (Extrakt I) und Trichophytin injiziert. Die 4 ersten Patienten reagierten überhaupt nicht. Die übrigen 6 ließen eine ausgesprochene Lokal- und Herdreaktion konstatieren. Auch in diesen Fällen verlief die Ausfallstärke an der Impfstelle bei Mikrosporin und Trichophytin annähernd parallel.

Mit diesen Impfergebnissen wäre die Gruppenreaktion nun auch nach der anderen Seite: positive Mikrosporinreaktion bei der Mikrosporie verwandten Trichophytie sichergestellt.

Mit Extrakten aus gewissen Favusstämmen, spez. Achorion Quinckeanum (Bloch), konnten nach Fischer bei gewissen Trichophytie- und auch Mikrosporieformen positive Resultate erzielt werden. Nach unseren Beobachtungen bei der Trichophytie ist wohl anzunehmen, daß auch umgekehrt bei Favusfällen tierischen Ursprungs ebenso wie mit Trichophytin (Bloch, Stein) auch mit Mikrosporin positive Intrakutanreaktionen erzielbar sein dürften. Die diesbezüglichen eigenen Erfahrungen erstrecken sich mangels geeigneter Fälle nur auf 9 Patienten mit Favus capitis (Erreger: Achorion Schönleini). Bei ihnen allen war die Mikrosporin- und Trichophytinreaktion negativ. Die geringe entzündliche Gewebsreaktion bei derartigen Fällen läßt ja das Fehlen allergischer Erscheinungen direkt erwarten. Die letzteren Impfergebnisse stimmen mit den an 51 Fällen von typischem Kopffavus mit Trichophytin gewonnenen Erfahrungen Steins vollkommen überein.

Zusammenfassung:

Das Mikrosporin (Hoechst), besonders Extrakt I — hergestellt aus Stämmen von Mikrosporon Audouini der Klinik — ergibt bei diagnostischer intrakutaner Applikation am besten in einer Verdünnung 1 : 50 des Originalpräparates mit ¼%iger Karbollösung sowohl bei allergischen Mikrosporie- als auch Trichophytiefällen deutliche Reaktionen an der Impfstelle, die denen des Trichophytin (Hoechst) dem Grade nach annähernd parallel verlaufen.

Psoriasis: Jodwirkung und Ätiologie.

Von

San.-Sat Dr. Leven in Elberfeld.

Krankengeschichte: Pat. ist ein Mann im mittleren Lebensalter; Hand-, Fuß-, Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenke sind völlig versteift, so daß Pat. seit langen Jahren an Bett bzw. Fahrstuhl gefesselt ist und im wahren Sinne des Wortes kein Glied rühren kann. Universelle typische Psoriasis, die wiederholt ergebnislos behandelt wurde. Allgemeinbefinden ohne Besonderheiten, Pat. ist geistig sehr frisch und trotz seinem bedauernswerten Zustande von heiterer Gemütsart. Die Schuppenflechte ist im 12. Lebensjahre zuerst aufgetreten und 12 Jahre später hat sich das Gelenkleiden eingestellt. Der Bruder seines Vaters soll an Flechte gelitten haben, sonst ergibt die Familienanamnese nichts. Bei meinem ersten Besuche verordnete ich eine 2%ige Borsalizylvaseline, um die starke Schuppung etwas einzudämmen, und innerlich Jodkalium, das ja bekanntermaßen

Digitized by Google

von verschiedenen Seiten — Boeck, Haslund, Greve — empfohlen wurde. Ich gab es in langsam steigender Dosis von drei Teelöffeln einer 5%igen Lösung bis zu 8 Eßlöffeln täglich. Es trat zunächst bei den anfänglich kleinen Dosen eine Verschlimmerung auf, dann stellte sich bei dem Gebrauch größerer Mengen des Mittels eine fortschreitende Besserung ein, die in etwa 8 Wochen zu einer Abheilung führte, und ich konnte feststellen, daß die Haut bis auf wenige Stellen, die dem größten Druck und stärkerer Reizung ausgesetzt waren — Kreuzbein, Ellbogen, Fersen —, ein normales Aussehen hatte. Ich ließ den Pat. darauf Jod in kleinerer Dosis nehmen, 3 Jodglidinetabletten täglich, erhielt aber bald die Nachricht, daß sich die Flechte allmählich wieder einstelle. Auch Jodothyrin, welches ich dann verordnete, war nicht imstande, die Verschlimmerung aufzuhalten. Erst als ich wieder Jodkalium gab, verschwanden die Psoriasisherde nach anfänglicher Verschlimmerung wieder in derselben Weise wie zum ersten Male. Unter Ausschaltung der Jodmedikation gab ich dann eine Röntgenreizdosis auf die Thymusgegend, nach der aber eine sehr heftige Verschlimmerung einsetzte; die Psoriasis trat so stark auf wie kaum je zuvor. Sobald Pat. daraufhin wieder zu Jod zurückkehrte, klangen die Erscheinungen in der üblichen Weise ab und derselbe Verlauf zeigte sich jedesmal, wenn Pat. das Medikament aussetzte bzw. wieder einnahm. Es ist also im vorliegenden Falle, wenigstens bei der bisherigen Beobachtungsdauer, möglich, das Auftreten der Krankheit durch Jodkalium in mittelstarken Dosen zu verhindern; es steht der Anwendung nur im Wege, daß der langdauernde Jodgebrauch schädigende Einflüsse ausüben könnte, und ich will deshalb einerseits die untere Grenze der wirksamen Dosis festzustellen suchen, andererseits Pausen einschalten, bei denen allerdings ein Wiederauftreten der Krankheitserscheinungen in Kauf genommen werden muß. Immerhin hat man es so in der Hand, die Krankheit einigermaßen zu beherrschen.

Es handelt sich also bei meinem Patienten um einen Fall von schwerster Psoriasis arthropathica. In neuerer Zeit hat sich Falk (1) mit der Kombination von Psoriasis und Gelenkerkrankungen beschäftigt und insbesondere auch die Frage, in welchem Zusammenhange Haut- und Gelenkleiden stehen, ausführlich erörtert. Dagegen, daß es sich um ein nur zufälliges Zusammentreffen handelt, spricht nach seiner Auffassung der Umstand, daß Haut- und Gelenkerkrankungen bisweilen gemeinsam auftreten und vor allem gemeinsam rezidivieren und wieder abklingen, weiterhin die Art und Schwere der Psoriasis, die sich in ihrer schrankenlosen Ausbreitung und der Mächtigkeit des Prozesses, so wie in dem stark exsudativen Charakter vieler derartiger Fälle kundgibt. Die große Ausdehnung und Mächtigkeit der Erkrankung lag auch bei meinem Patienten klar zutage, über ein Zusammentreffen von Rückfällen und Abheilungen ließ sich nichts sagen, weil die Gelenkerkrankung längst stationär geworden war. Falk glaubt die Ursache des Zusammenhanges darin zu erkennen, daß die Psoriasis in diesen Fällen als „traumatische Psoriasis" zu deuten ist, bei der die allgemeinen mit Gelenkattacken gleichzeitigen Psoriasisschübe als Allgemeinreaktion, die Lieblingslokalisation in der Nähe der befallenen Gelenke als Lokalreaktion und der eigenartige Charakter der einzelnen Psoriasisstellen als Herdreaktion auf den durch eine Gelenkerkrankung hervorgerufenen Reiz aufgefaßt werden könnte. Es handelt sich also nach dem genannten Autor um eine Psoriasis, „die durch irgend eine gleichzeitig bestehende Gelenkerkrankung in ihrem Verlauf, ihrem Charakter und ihrer Lokalisation ein ganz eigenartiges Gepräge enthält."

Am häufigsten tritt nach Adrian zuerst die Psoriasis auf, hinterher die Gelenkerkrankung; dieses Verhältnis ist aber nach Falk durch neuere Fälle etwas verschoben worden. Bei meinem Patienten ging die Psoriasis der Gelenkerkrankung 12 Jahre vorauf.

Digitized by Google

An meinem Falle interessiert nun weniger die Frage, in welchem Zusammenhange Haut- und Gelenkerkrankungen miteinander stehen; vielmehr erscheint mir am bemerkenswertesten die prompte und sichere Jodwirkung. Deren Erklärung stößt dadurch auf große Schwierigkeiten, daß wir über den Mechanismus der Jodwirkung nicht viel wissen. In erster Linie interessiert uns hierbei die Jodwirkung auf Stoffwechsel und Schilddrüse. Meyer und Gottlieb (2) vertraten im Anschluß an das Auftreten von Thyreoidismus bei Verabreichung von Jod an Kropfkranke die Ansicht, daß Jod mittelbar, d. h. durch die Schilddrüse den Stoffwechsel beeinflußt und daß auf diese Weise die oft hochgradige Steigerung der Abbauprozesse im ganzen Körper, die mitunter, wie bei dem typischen Thyreoidismus unter vorübergehenden Fiebererscheinungen auftritt, verständlich würde. Nach Poulsson (3) besitzt das Jod eine ausgesprochene Affinität zur Schilddrüse. Bei Einverleibung von Jodkali findet man die größten prozentualen Jodmengen in der Schilddrüse, dann in Blut und Haut; Knochen, Fett, Hirn und Rückenmark bleiben frei. Die isolierte überlebende Schilddrüse speichert Jod, wenn sie von einer jodkalihaltigen Blutmischung durchströmt wird; bei analogen Versuchen mit anderen isolierten Organen (Leber, Milz) fand man keine Jodspeicherung.

Neuerdings hat nun Hildebrandt (4) mitgeteilt, daß minimale Mengen Jodkali den O_2-Verbrauch von normalen Ratten für einige Tage sehr erheblich herabsetzen. Im Hinblick auf die von Neisser angegebene und von A. Loewy bestätigte günstige Wirkung sehr geringer Joddosen bei Basedow, untersuchte Hildebrandt weiter, ob auch bei thyradengefütterten Ratten die gleichen geringen Jodkalidosen günstig einwirkten. Ganz geringe Mengen (bis zu 1 mg) übten einen günstigen Einfluß aus, sie hemmten die sonst rapid ansteigende Stoffwechselsteigerung deutlich und bewirkten Gewichtszunahme für einige Tage, statt Abnahme, während etwas größere Dosen (5—10 mg) die Thyradenwirkung verstärkten. Normale und thyradengefütterte Ratten verhalten sich gegen ganz kleine Dosen von Jod gleich, gegen größere aber verschieden. Hildebrandt wirft dann die Frage auf, ob das Jodkali durch Hemmung der Schilddrüsenfunktion auf den Stoffwechsel wirkt. Würde die Wirkung der Jodalkalien über die Schilddrüse gehen und deren Tätigkeit herabsetzen, dann müßte bei schilddrüsenlosen Ratten diese Wirkung ausfallen oder geschwächt sein. Da dies nicht der Fall ist, und sich im Versuche ergab, daß bei thyreoidektomierten Ratten dieselbe Stoffwechselhemmung eintrat wie bei normalen, so muß man annehmen, daß das Jodkali zum mindesten nicht allein über die Schilddrüse, sondern auf eine bisher noch nicht geklärte Weise in das Getriebe des Stoffwechselmechanismus — direkte Zellwirkung — hemmend eingreift.

Jodothyrin wirkt bekanntlich nicht als Jod, sondern wie das Sekret der Schilddrüse selbst, und da in meinem Falle das Jod das wirksame Prinzip war, so erklärt es sich, daß Jodothyrin keinen therapeutischen Erfolg erzielte. Von sonstigen Jodwirkungen ist uns bekannt, daß Jodlösungen eine bedeutende antiseptische Kraft innewohnt. Jodalkalien wirken aber nicht direkt antiseptisch. Die nach Neisser (5) anscheinend eintretende Beeinflussung der Spirochäten durch Jodalkalien, die aber von Wolff-Mulzer (6) bestritten wird, sowie die Wirkung auf die WR —

Digitized by Google

Boas (7) — muß deshalb auf dem Umwege über einen anderen Mechanismus — Stoffwechsel, direkte Zellwirkung? — erfolgen.

Die Ätiologie der Psoriasis ist noch in Dunkel gehüllt: eine Ansicht geht dahin, daß die Erkrankung durch Stoffwechselanomalien bedingt ist. Mein Fall weist nun auf die Bedeutung des Stoffwechsels bei der Psoriasis hin, wenn er auch die ursächliche Bedeutung desselben, sei es, daß die Stoffwechselstörung die einzige Ursache darstellt oder in Verbindung mit anderen Faktoren die Krankheit auslöst, nicht ohne weiteres beweist. Es wäre ja auch möglich, daß z. B. bei Annahme der parasitären Theorie durch die Einwirkung des Jodkaliums auf den an sich normalen Stoffwechsel Bedingungen geschaffen würden, die den betreffenden Erregern die Betätigungsmöglichkeit nähmen. Sicher bewiesen ist also die Stoffwechselstörung nicht, aber sie wird höchstwahrscheinlich in Verbindung damit, daß das familiäre Auftreten der Psoriasis auf ein erbliches Moment deutet, und dieses am ungezwungensten in der Stoffwechselstörung zu suchen ist. Hierfür sprechen weiterhin die Erfolge, über die Brock (8) bei Thymusbestrahlungen berichtet; sie weisen darauf hin, daß bei der Psoriasis das endokrine Drüsensystem eine Rolle spielt.

Bei Bestrahlungen der oberen Brust- und Halsgegend fand Brock bei Jugendlichen häufig Verschlimmerung, bei Erwachsenen eine rasche Besserung, und dies brachte ihn auf den Gedanken, daß ein Organ in Betracht kam, welches in verschiedenen Lebensaltern Unterschiede in bezug auf Form, Größe und Tätigkeit zeigt. Als solches spricht Brock die Thymus an und weist deren Funktionen ausschlaggebende Bedeutung zu. Die anatomische und physiologische Voraussetzung dafür, die Thymus auch beim Erwachsenen zur Psoriasis in Beziehung bringen zu können, ist dadurch gegeben, daß histologisch eine Persistenz von funktionierendem Thymusgewebe — Mitose von Reticulumzellen und Lymphozyten, sowie Neubildung Hassalscher Körper — bis ins hohe Alter beim normalen Menschen nach Hammar nachgewiesen werden kann (Alb. Kocher (9)). Reizdosen brachten die klinischen Erscheinungen zum Verschwinden, Lähmungsdosen führten Verschlimmerungen herbei. Auf Grund von 66% guter Resultate betrachtet Brock die parakeratotische Diathese als Thymushypofunktion.

Brocks Mitteilungen wurden nun von anderer Seite teils bestätigt, teils bestritten. Samberger behandelte einige Psoriatiker erfolgreich mit Thymusextraktinjektionen; während aber Brock die Ursache der parakeratotischen Diathese nur in der ungenügenden Absonderung des Thymushormons erblickt, betrachtet Samberger diese nur als eine von mehreren ursächlichen Komponenten. Hauck (10) betonte, daß es sich wahrscheinlich bei der Psoriasis nicht nur um die innersekretorische Beeinflussung durch eine einzige Drüse handele; er meint, daß auch die Schilddrüse in Betracht käme, deren teilweise Mitbestrahlung bei dem Brockschen Verfahren anzunehmen sei. Bei den mannigfachen Beziehungen der zu dem innersekretorischen Apparat gehörigen Drüsen untereinander tut man jedenfalls gut, an pluriglanduläre Einflüsse zu denken. Daß insbesondere die Thymus zur Schilddrüse in enger Beziehung steht, geht daraus hervor, daß in vielen Fällen von Basedow eine Hyperplasie der Thymusdrüse vorhanden ist (9). In meinem Falle ist die starke Reaktion nach der Bestrahlung mit Wahrscheinlichkeit als Hinweis auf die Bedeutung der Thymus bzw. des endokrinen Drüsensystems aufzufassen.

Gegen die Annahme, daß der erbliche Faktor das alleinige ausschlaggebende Moment für die Psoriasis sei, daß sie also eine idiotypische Krankheit darstellt, spricht nun unter anderem der bekannte Einfluß äußerer Schädlichkeiten. Wir sehen, daß mechanische, thermische und chemische Reize zur Bildung von Psoriasisherden führen können, und diese „traumatische" Psoriasis weist darauf hin, daß auch äußere Faktoren bei ihr in Betracht kommen. So ist es also einerseits wahr-

Digitized by Google

scheinlich, daß eine Stoffwechselstörung vorliegt, die aber nicht die einzige Bedingung für das Auftreten der Psoriasis darstellt, andererseits spricht deren familiäres Auftreten dafür, daß diese Stoffwechselstörung erblich bedingt ist und die Psoriasis wäre demgemäß als idiodispositionelle Erkrankung aufzufassen, bei der zu der Stoffwechselstörung als idiotypischer Faktor der äußere Faktor hinzutritt. Ob dieser letztere in einem Mikroorganismus zu suchen ist — gestützt auf die therapeutischen Erfolge der bei sonstigen Pilzerkrankungen der Haut sich bewährenden Mittel, auf den serpiginösen Charakter der Psoriasisscheiben und die Rezidive ist die parasitäre Theorie weit verbreitet, wenn auch die Suche nach dem Erreger bisher erfolglos war —, sei dahingestellt. Trifft sie zu, so lägen die Verhältnisse ähnlich, wie z. B. bei Tuberkulose, bei der zu der erblich-bedingten Disposition ja auch ein äußerer Faktor, der Tuberkelbazillus, hinzutreten muß, um die Krankheit auszulösen. Gerade wie bei der Tuberkulose wäre die verschiedene Schwere des Leidens auf eine verschiedene starke erbliche Belastung einerseits und auf das mehr oder weniger massenhafte Auftreten des Erregers, dessen Virulenz usw. zurückzuführen. Aus der idiodispositionellen Natur der Erkrankung dürfte es sich wohl auch erklären, daß die Wirkung der intern verabreichten Medikamente in verschiedenen Fällen doch recht verschieden ausfällt; je nach dem Überwiegen des erblichen bzw. äußeren Momentes wird der Erfolg eines bestimmten Mittels ein verschiedener sein.

Einen für diese Betrachtung interessanten Fall hat Delbanco 1904 in Hamburg vorgestellt — Bericht in der M. m. W., 1904, Nr. 25 —, bei dem eine schon im ersten Vierteljahr des Lebens aufgetretene schwere Psoriasis vergesellschaftet mit allgemeinen Infantilismus, den Trömner als dem Infant.-myxoedem-Brissaud ähnelnd bezeichnete, vorlag. Der Fall weist, wenn man den besonders hinsichtlich des frühen Auftretens der Psoriasis naheliegenden Zusammenhang der allgemeinen Störungen mit der Hauterkrankung annimmt, auf das endokrine Drüsensystem als Faktor für die erbliche Disposition deutlich hin. Delbanco sprach damals die Ansicht aus, daß man bei der Psoriasis eine besondere angeborene Anlage in der Haut annehmen müßte und glaubte die Parakeratose unter den Nävusbegriff fallen lassen bzw. eine derartige Psoriasisanlage einer Mißbildung im Sinne eines Nävus an die Seite stellen zu sollen. Es geht dies m. E. insofern zu weit, als wir es beim Nävus mit einer idiotypischen Erkrankung zu tun haben, bei der Psoriasis mit einer idiodispositionellen, und wenn auch die Grenzen zwischen idiotypischen und idiodispositionellen Krankheiten fließende sind, so behält man doch aus praktischen Gründen — a potiori fit denominatio — die Bezeichnung der idiotypischen Erkrankungen zweckmäßig nur für diejenigen Affektionen vor, deren Paravariationsbreite unter den gegebenen Verhältnissen eine sehr geringe ist, für deren Auftreten also der paratypische Faktor ganz unwesentlich und nebensächlich ist.

Es liegt mir natürlich fern, auf Grund eines Falles eine Entscheidung treffen zu wollen: seine Eigenart erscheint mir aber interessant genug, um ihn zu veröffentlichen, und die kurze Analyse möge als Anregung zur weiteren Erforschung der Verhältnisse dienen.

Digitized by Google

Literatur.

1. Falk, Psorias. arthrop. Arch. f. Derm., Bd. 129. — 2. Meyer und Gottlieb, Exper. Pharm., 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, 1911. — 3. Poulsson, Lehrb. d. Pharm., 5. Aufl., 1920. — 4. Hildebrandt, Verhandl. d. D. pharm. Ges., Ill. Tagung, Leipzig. — 5. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis, herausgeg. von Neisser. Springer, Berlin 1911. — 6. Wolff und Mulzer, Lehrb. d. Hautkrkh., 2. Aufl. Enke, Stuttgart 1917. — 7. Boas, Die WR, S. Karger, Berlin 1911. — 8. Brock, Über Zusammenhang von Dermatosen und innerer Sekretion. D. m. W., 1921, Nr. 47. — 9. Alb. Kocher, Morb. Basedow in „Spez. Path. u. Ther. innerer Krankh., herausgeg. von Kraus-Brugsch, Bd. 1. Urban & Schwarzenberg, 1919. — 10. Diskussion zu Brock's Vortrag. Arch. f. Derm., Bd. 138.

Aus der Universitäts-Hautklinik in Tübingen (Vorstand: Prof. Dr. Linser).

Bemerkungen zu der Arbeit: Bedenken gegen die Salvarsan-Mischspritze von Dr. A. Memmesheimer [1]).

Von

Dr. Erich Schmidt, Oberarzt.

Auf Grund von 3 Fällen glaubt Memmesheimer die einzeitig kombinierte Behandlungsmethode der Syphilis ablehnen zu müssen. Ich kann ihm hierin nicht folgen, nicht etwa, weil ich als Schüler Linsers, der die Methode angegeben hat, diese unter allen Umständen retten möchte, sondern weil ich derartige Schlußfolgerungen aus so wenigen Beobachtungen zur Ablehnung einer Methode für durchaus unberechtigt halte. Meines Erachtens kann nur die Beobachtung an lange Zeit selbst und gleichmäßig behandeltem großem Material zu derartig weitgehenden Schlüssen führen, wie sie Memmesheimer am Schlusse seiner Arbeit zieht.

Zu den einzelnen von Memmesheimer angeführten Fällen, welche „die Gefahren der Mischspritze in besonderem Grade kennzeichnen sollen", bemerke ich folgendes:

Fall 1 beweist gegen die Methode der Mischspritze gar nichts, denn es ist bekannt, daß bei allen bisher verwendeten Salvarsanpräparaten und bei allen reinen und kombinierten Kuren mit Salvarsan und Hg derartige Versager vorkommen. Wenn unter anderen Autoren, die die Methode ablehnen, auch Evenings in Nr. 3 der D. m. W., 1923, erschienene Arbeit zitiert wird, so verweise ich darauf, daß gerade dort ein Fall von syphilitischem Primäraffekt erwähnt ist, der sich gegen eine ungewöhnlich energische Behandlung mit Neosilbersalvarsan absolut refraktär verhielt (5 Injektionen innerhalb 8 Tagen!), und der dann auf Neosalvarsan prompt abheilte. 3 ähnliche, noch eklatantere Fälle von Resistenz gegen Neosilbersalvarsan werden ebenda erwähnt. Zudem vermisse ich in Memmesheimers Arbeit eine Notiz über den Ausfall der WR am Schlusse der ersten Kur. Ihr eventuell positiver Ausfall hätte zur Fortsetzung der Behandlung bzw. zur Änderung in der Salvarsanmedikation führen müssen.

Fall 2 bietet ebenfalls keinerlei Grund zur prinzipiellen Ablehnung der Mischspritzen. Arzneiexantheme sind sowohl unter reiner Salvarsan- als unter reiner Hg-Therapie, als auch bei kombinierter zweizeitiger Behandlung aufgetreten. Aber merkwürdig ist das Auftreten einer Hg-Stomatitis und Enteritis 14 Tage nach der letzten Mischspritze. Das weist meines Erachtens auf eine verlängerte Retention des Hg im Organismus hin und sollte bei derartig schweren Erscheinungen eine Schädigung der Nieren vermuten lassen. Aber über den Urinbefund macht Memmesheimer keinerlei Angaben. Linser hat immer darauf hingewiesen, daß die Durchführung seiner Methode selbstverständlich strengste Kontrolle des Urins auf Menge, Eiweiß und Formelemente voraussetzt. Aber selbst wenn der Urinbefund bis zur letzten Injektion im vorliegenden Falle o. B. war,

---

[1]) Nr. 21 dieser Wochenschrift.

Digitized by Google

so besagt das Auftreten der Stomatitis und Enteritis nicht viel gegen die Methode. Derartige Dinge können ebensogut am Schlusse jeder anderen Hg-Medikation passieren. Daß sie bei der Mischspritze nicht häufiger beobachtet werden, beweist die Tatsache, daß im Gegenteil in der weitaus größten Anzahl der Publikationen über die Mischspritzen-Behandlung die gute Verträglichkeit des Gemisches gerühmt wird. Wir selbst sehen Stomatitiden hier nur ganz vereinzelt, obgleich wir durchschnittlich mehr Hg geben als andere Therapeuten und unsere männlichen Syphilitiker das Rauchen während der Kur nicht einstellen.

Fall 3 zeigt wieder einmal deutlich, wie durch eine ungenügende Behandlung im Anfangsstadium der Lues bereits nach $^1/_2$ Jahr eine Lues III provoziert wird. Daß die klinischen Erscheinungen bei der zweiten Behandlung gegen dieselbe Medikation sich kaum weniger refraktär verhalten würden, wie beim ersten Male, ließ sich eigentlich voraussehen. Es ist dies nur die bei Fall 1 erwähnte bekannte Erscheinung, daß eine Lues gelegentlich gegen eine bestimmte Salvarsan-Medikation resistent ist, während sie auf eine andere anspricht. Also auch aus diesem Falle läßt sich meines Erachtens eine prinzipiell geringere Wirksamkeit der Salvarsan-Mischspritzen nicht ableiten.

Zum Schluß muß ich also sagen, daß Memmesheimer auf Grund von 3 Fällen, die keinerlei Beweis für die Unwirksamkeit der einzeitig kombinierten Salvarsan-Hg-Behandlung sind, nicht berechtigt ist, von „Gefahren der Mischspritze" zu reden und sie als ungeeignet abzulehnen. Derartige Schlußfolgerungen lassen sich nur an Hand eines großen, statistisch wirklich gut bearbeiteten Materials ziehen. Ich will als Assistent der Linserschen Klinik hier ganz absehen von der Heranziehung meiner Zusammenstellung über die Resultate der einzeitig kombinierten Salvarsan-Hg-Behandlung, ich verweise aber auf die vorzügliche Statistik Ebels in Nr. 5—7 dieser Wochenschrift. Diese würde zweifellos noch mehr zugunsten der Mischspritze ausfallen, wie Ebel das selbst betont, wenn die Kuren noch energischer gestaltet worden wären. Nur derartige ausführliche Zusammenstellungen und Vergleiche mit anderen Methoden können Anspruch auf wissenschaftliche Bewertung erheben. Aber die große Zahl der zustimmenden Arbeiten über die einzeitig kombinierte Behandlungsmethode der Syphilis im Vergleich mit den wenigen, auf gelegentlichen Versagern beruhenden Ablehnungen der Methode zeigen, daß diese der alten zweizeitig kombinierten Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Hg, sowie der Behandlung mit Silbersalvarsan zum mindesten in keiner Weise nachstehen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1923, Bd. 7, H. 3.

Einige Hautkrankheiten der Affen, Pemphigus, Skabies, Cystes sebaceae, lokales subkutanes Ödem, gutartige oberflächliche Blastomykose, Tinea capitis und circinata (Certain Dermatoses of Monkeys and an Ape, Pemphigus, Scabies, Sebaceous Cyst, Local Subcutaneous Edema, Benign Superficial Blastomycotic Dermatosis and Tinea Capitis and Circinata), von F. D. Weidman-Philadelphia. S. 289—303. Beschreibung eines Falles von Pemphigus und eines Falles von Krätze beim Orang-Utan. Die Krätzemilben des Orang-Utans haben nicht so scharfe Dorsalstacheln; die dorsothorakalen Stacheln sind nur halb so lang als jene beim Menschen, und die 14 präanalen Stacheln der Orang-Utan-Krätzemilbe sehen wie abgeschnitten aus. Übertragung der Krätze des Affen auf seinen Wärter. — Ein Fall einer Talgzystenentwicklung bei einem Rhesus macacus. Bei einem anderen Makakus entwickelte sich an den Oberschenkeln ein bandartiges subkutanes Ödem, das zeitweilig mit der Menstruation auftrat und wieder verschwand. Schließlich Beschreibung eines Makakus mit seborrhoeähnlichen Verände-

Digitized by Google

rungen in beiden Axillen. Es wurden Sporen wie bei Microsporon furfur und doppelt konturierte Hefezellen gefunden. Der Fall wird vom Verf. entweder als eine Pityriasis versicolor oder als eine gutartige, oberflächliche Dermatitis blastomycetica angesprochen.

Granuloma inguinale (Granuloma Inguinale), von J. M. Gage-New Orleans. S. 303—325. Vier Fälle bei zwei Negern und zwei Negerinnen. Die Erkrankung ist eine wohldefinierte klinische Einheit, kommt besonders in den Südstaaten vor und ist endemisch in Louisiana. Ätiologisch kommt vermutlich der von Donovan beschriebene Mikroorganismus in Frage. Klinisch findet sich ein typisches Granulom mit sanguinolenter, seröser Absonderung. Histopathologisch ergibt sich ein sklerosiertes Granulom. Brechweinstein intravenös ist scheinbar ein spezifisches Heilmittel. Verf. empfiehlt jedoch gleichzeitig die Exzision.

Ein Fall von Dermatomyositis (A Case of Dermatomyositis), von H. Joachim-Boston. S. 326—331. Ein 37jähr. Mann bekam Anschwellungen am Kopf, an den Handgelenken und Beinen sowie Steifheit der gesamten Körpermuskulatur. Histologisch finden sich Atrophie, Schwellung der Muskelfasern und Vakuolenbildung, ferner hydropische Degeneration der Muskelfasern und diffuse Rundzelleninfiltrate besonders perivaskulär.

Die Pathogenese der Merkurial-Stomatitis, mit einer Übersicht über die Literatur der Hg-Vergiftungen (The Pathogenesis of Mercurial Stomatitis with a Review of the Literature on Mercury Poisoning), von D. H. Bessesen-Minneapolis. S. 332—362. Eingehende Besprechung der Theorien über die Pathologie der Hg-Vergiftung mit Berücksichtigung der klinischen und histologischen Befunde. Im Anschluß hieran Bericht über eigene Versuche an Katzen und Frettchen, die durch tägliche Kalomelfütterung vergiftet wurden. Die dabei erhaltenen klinischen und histologischen Bilder decken sich völlig mit den Angaben der Literatur.

Zur Frage der Spezifität der cholesterinierten Antigene bei der Serodiagnostik der Syphilis (Concerning the Specificity of Cholesterinized Antigens in the Serologic Diagnosis of Syphilis), 4. Mitteilung von R. A. Kilduffe-Pittsburgh. S. 363—372. Cholesterinextrakte sind empfindlicher als alkoholische. Unspezifische Bindung mit einem sorgfältig titrierten Cholesterin-Antigen kommt nur relativ selten vor. Kein Syphilitiker sollte aus der Behandlung entlassen werden, solange als mit einem Cholesterin-Antigen eine Bindung festgestellt wird. Positive Cholesterinreaktionen sollten nie als unspezifisch angesehen werden, sondern stets den Ausgangspunkt bilden für eine eingehende klinische und serologische Überwachung.

Kalkablagerung in der Haut mit ungewöhnlichem Befund (Calcification of the Skin, with Unusual Findings), von R. R. Ducasse-Cincinnati. S. 373—375. Eine 50jähr. Näherin litt seit 15 Jahren an Gallensteinanfällen. Im Anschluß an eine sechsmonatliche Asthmaerkrankung wurde eine erbsengroße Masse ausgehustet. Ferner fanden sich an der Streckseite des linken Knies, an beiden Ellbogen, an der Endphalanx des linken kleinen Fingers und an der äußersten Spitze des rechten Mittelfingers (hier wurde beständig ein Fingerhut getragen) gelbweißliche stecknadelkopf- bis erbsengroße Verhärtungen in der Haut. Bei der Röntgenuntersuchung der Lungen fanden sich Verkalkungsherde an den Hauptbronchialästen der rechten Lungenlappen. Die Untersuchung der Hautveränderungen ergab das Vorhandensein von Kalk und Cholesterin. Ätiologisch kam eine Stoffwechselstörung, eventuell am rechten Mittelfinger ein Trauma in Frage. Heilung der Herde unter Radium.

Anstaltsepidemien von bullöser Impetigo contagiosa bei Kindern (Institutional Epidemics of Bullous Impetigo Contagiosa in Infants), von F. C. Knowles und H. G. Munson-Philadelphia. S. 376—378. Im Anschluß an die Mitteilung von zehn Fällen in zwei Kinderkliniken, wobei zwei Todesfälle vorkamen, weist Verf. auf die Schwere der Erkrankung hin und tritt dafür ein, derartige Fälle bei Säuglingen oder kleinen Kindern in Anstalten sofort zu isolieren und das Wartepersonal besonders wegen der Gefahr der Weiterverbreitung zu instruieren.

Die Histopathologie der Hautreaktionen (The Histopathologie of Cutaneous Tests), von A. Strickler und E. J. Asnis-Philadelphia. Zweite Mitteilung. S. 379—382. Bei neun positiven Luetinreaktionen fand sich eine polymorphkernige Zellinfiltration besonders in den tieferen Bindegewebsschichten. Bei vier positiven Pirquet-Reaktionen zeigte sich ein Überwiegen der Lymphozyten in den oberflächlichen Teilen des Bindegewebes. Eine weitere Mitteilung über neue Tierversuche über Kutanreaktionen soll folgen.

Digitized by Google

1923, Bd. 7, Nr. 4.

Ein Beitrag zur Balanitis erosiva und gangraenosa mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der fusiformen Bazillen und der Spirochäten (A Study of Erosive and Gangrenous Balanitis with Special Reference to the Role of Fusiform Bacilli and Spirochetes), von J. Brams und J. Pilot-Chicago. S. 429—438. Besprechung von vier Fällen mit Hinweis auf das Vorhandensein von Spirochäten, fusiformen Bazillen und pyogenen Mikroben auch im gesunden Präputialsack. Hygiene des Vorhautsackes und frühzeitige Diagnose sind besonders wichtig.

Herpes zoster generalisatus (Herpes Zoster Generalisatus. Report of a Case with a Review of the Literature), von M. B. Parounagian und H. Goodman-New York. S. 439—451. Ein 64jähr., sehr schwächlicher Mann hat einen ausgedehnten Herpes zoster der rechten Bauchseite und ferner unregelmäßig verstreut über den Stamm und die Extremitäten einzelne Herpesbläschen. Ein zufälliges Zusammentreffen von Herpes zoster und Varizellen, wie dies in der Literatur mitunter gefunden wurde, lag nicht vor.

Lichen nitidus mit Bericht zweier Fälle (Lichen Nitidus with a Report of two Cases), von W. B. Trimble und E. R. Maloney-New York. S. 452—461. Die beiden Fälle gleichen dem von Pinkus beschriebenen Krankheitsbild. Histologisch Granulom. Ätiologisch wird ein Tuberkeltoxin vermutet. Die Effloreszenzen verschwanden ohne Behandlung spontan; dies wird zurückgeführt auf die allmählich erworbene Immunität gegenüber dem Toxin.

Akutes papulöses und desquamatives Exanthem bei einem Orang-Utan (Acute Papular and Desquamative Exanthem in an Orang-Utan), von H. Fox und F. D. Weidman-Philadelphia. S. 462-464. Ganz akutes Auftreten eines papulösen Exanthems, das masernähnlich schien. Abheilung mit lamellöser Desquamation wie bei Scharlach. Gleichzeitig Diarrhöe und diffuser Haarausfall. Impfversuch mit Schuppen auf ein anderes Tier war negativ. Zur gleichen Zeit bestand in Philadelphia eine schwere Scharlachepidemie.

Ein Fall von syphilitischer fleckförmiger Atrophie (Syphilitic Macular Atrophy), von V. Pardo-Castello-Havana (Cuba). S. 465—471. Ein 29jähr. Farbiger bemerkte sechs Monate nach einer kleinen Erosion am Präputium, die ohne Narbe bei antiseptischer Behandlung abheilte, an Brust und Rücken mehrere weißliche, leicht erhabene Effloreszenzen ohne subjektive Symptome. WR stark positiv. Histologisch Degeneration und Atrophie des elastischen Gewebes, Hyperplasie des Bindegewebes, Arteriitis, perivaskuläre Infiltration und Atrophie der Epidermis. Nach viermonatiger spezifischer Therapie traten keine neuen Effloreszenzen wieder auf.

Epitheliom des Ohrläppchens (Epithelioma of the Auricle), von D. W. Montgomery und G. D. Culver-San Francisco. S. 472—478. Enthält nur bekannte Tatsachen.

Naevus pilaris mit Hyperplasie der nichtgestreiften Muskulatur (Nevus Pilaris with Hyperplasia of Nonstriated Muscle), von J. H. Stokes-Rochester (Minn.). S. 479—481. Bei einem 26jähr. Mann findet sich in der linken Körperseite ein als Naevus pilosus et pigmentosus imponierender Herd, der bei der histologischen Untersuchung ein Leiomyom, von den Arrectores pilorum ausgehend, aufweist.

Über die Unfähigkeit des Serums mit hohem Cholesteringehalt die Wassermannsche Reaktion zu verstärken (The Inability of Serum with a High Cholesterol Content to Increase the Strength of the Wassermann Reaction), von W. Thalhimer und B. M. Hogan-Milwaukee. S. 482—494. Auf Grund ihrer Versuche kommen die Verff. zu dem Schluß, daß die Stärke der WR unabhängig ist vom Cholesteringehalt des Serums, und daß eine Hypercholesterinämie nicht eine fälschlich positive (unspezifische) WR bewirkt.

Gelbsucht bei mit Arsenpräparaten behandelten Syphilitikern, ihre frühzeitige Erkennung und möglichste Verhütung (Jaundice in Syphilitic Persons Receiving Arsenical Medication. Its Early Detection and Possible Prevention), von L. Chargin und S. Z. Orgel-New York. S. 495—498. Verff. betonen, daß nur ein geringer Prozentsatz der Syphilitiker eine Prädisposition für Ikterus hat; bei diesen verursacht Arsphenamin eine Vermehrung des Bilirubins im Blut. Letzteres ist stets ein Warnungszeichen vor einer etwaigen Gelbsucht.

Irrtümer in der dermatologischen Terminologie (Common Errors in Dermatologic Terminology), von H. Fox-New York. S. 499—504. Verf. weist darauf hin, daß im Gegensatz zur europäischen dermatologischen Literatur in der amerikanischen sich

Digitized by Google

häufig Deklinations- und Genusfehler der aus dem Lateinischen und Griechischen stammenden Fremdworte finden. Beispiele.

Die Vakzinebehandlung des Pruritus ani (The Treatment of Pruritus Ani with Bacterial Injections), von F. C. Knowles und E. F. Corson-Philadelphia. S. 505—509. Von sechs Fällen wurden fünf behandelt mit Streptococcus faecalis-Vakzine und geheilt. Ein Pat. wurde mit Koli-Vakzine geheilt.

Geranium-Dermatitis (Geranium Dermatitis), von J. W. Anderson-Norfolk. S. 510 bis 511. Beschreibung eines Falles bei einem 18jähr. jungen Mann, der mit Geraniumblättern in Berührung gekommen war und dadurch sich eine vesikulöse Dermatitis beider Hände zugezogen hatte. Da es sich um einen Phthisiker handelt, sieht Verf. in der Haut einen Locus minoris resistentiae.

1923, Bd. 7, Nr. 5.

Biologische Reaktionen des Arsphenamins. IV. Die Wirkung großer Dosen auf die Gerinnungsfähigkeit des Blutes (Biologic Reactions of Arsphenamin. IV. The Effect of Large Doses on the Coagulability of the Blood), von J. Oliver und E. Douglas. S. 573—585. Auf Grund ihrer Versuche kommen die Verff. zu dem Schluß, daß Arsphenamin keine Gerinnung des Blutes erzeugt. Das Arsphenamin wirkt hauptsächlich auf das Fibrinogen, nicht auf das Thrombin.

Der Wert der Wismutsalze in der Syphilisbehandlung (The Value of Bismuth Salts in the Treatment of Syphilis), von V. Pardo-Castello-Havana, Cuba. S. 586—591. Nach einer Literaturübersicht Bericht über neun mit Wismut behandelte Fälle. Chinin-Wismutjodid ist das Mittel der Wahl. Verf. hatte bei mehr als 180 Einspritzungen keinen einzigen Zwischenfall. Die Spirochäten verschwinden aus den Effloreszenzen nach der zweiten bis dritten Injektion. Primäraffekte und sekundäre Manifestationen heilen in kurzer Zeit. Die Störung des Allgemeinbefindens und die Kopfschmerzen verschwinden nach der vierten bis sechsten Injektion. Tertiäre Veränderungen beheben sich etwas langsamer, verschwinden jedoch auch völlig. Die WR wurde bei neun Fällen siebenmal negativ. Nach Ansicht des Verf. ist das Wismut berechtigt, einen hervorragenden Platz unter den Antisyphiliticis einzunehmen.

Die Wasserstoff-Ionenkonzentration der Oberfläche der gesunden, unversehrten Haut (The Hydrogen-Ion Concentration of the Surface of the Healthy Intact Skin), von H. Sharlit und M. Scheer-New York. S. 592—598. Die H-Ionenkonzentration der Hautoberfläche entspricht dem Säuregehalt einer $^1/_{100\,000}$ Normal-Salzsäure. Wahrscheinlich ist es das Keratin der Hornschicht, das die Reaktion gibt. Das Keratin ist nahe an seinem iso-elektrischen Punkt. Dieser Zustand der Ionisation ist vermutlich besonders geeignet für die Schutzfunktion der Haut.

Schimmelpilze im Anschluß an Bisse von Leptus auf der Kopfhaut (Aspergillus in Scalp Lesions Following Red-Bug [Leptus] Bites), von K. M. Lynch-Dallas, Texas. S. 509—602. Im Anschluß an die Bisse dieses Insektes entwickelt sich auf der Kopfhaut kleiner Kinder häufig infolge Sekundärinfektion gelblich-bräunliche Krustenbildung. Mykologische Untersuchung ergab Aspergillus fumigatus. Heilung innerhalb 10—14 Tagen unter Schwefelsalbenbehandlung.

Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis durch gefärbtes Papier (An Unusual Case of Dermatitis Venenata Caused by Colored Paper), von H. G. Rowell-New Bradford, Mass. S. 603—604. Bei einem 10jähr. Kind entstand auf der Backenhaut eine akute, sehr schmerzhafte Entzündung dadurch, daß sich dies Kind beim Spielen mit einem Stück roten, angefeuchteten Papier stark auf den Backen gerieben hatte.

Ulcus epidemicum (Ulcus Epidemicum. A Preliminary Report), von W. B. Adams-Beirut, Syrien. S. 605—610. Bericht über eine in Syrien in den Jahren 1916—1922 vorgekommene Häufung von Ulcus epidemicum. Meist an den Knöcheln und Füßen, häufig an Händen und Vorderarmen, selten oberhalb der Knie und Ellbogen, nie am Rumpf. Geschwüre meist rund, flach, Ränder erhaben, hart. Die Erkrankung hatte ihren Höhenpunkt stets im Sommer und begann niemals in der Regenzeit. Betroffen waren die ärmeren Bevölkerungskreise. Bakteriologisch fanden sich fusiforme Bazillen und Spirillen. Die Erkrankten waren für lange Zeit arbeitsunfähig.

Klinischer Beitrag zum Leucoderma acquisitum centrifugum (Sutton) (Clinical Note on Leukoderma Acquisitum Centrifugum [Sutton]), von J. H. Stokes-Rochester, Minn. S. 611—618. Bericht über neun Fälle. In einem großen Teil der Fälle Zusammentreffen der Depigmentation mit Pigmentnävi. Klinisch findet sich ein ovaler oder kreisförmiger leukodermatischer Hof mit einem zentralen, pigmentierten Fleck

Digitized by Google

oder Knötchen. In einem Falle von Psoriasis und einem anderen von benignem Sarkoid fanden sich um papulöse Effloreszenzen schwach depigmentierte Ringe.

Framboesieformes Syphilid (Frambesiform Syphilid), von H. Goodman und E. F. Traub-New York. S. 619—624. Bericht über einen typischen Fall bei einem 36jähr. Mann, der im Anschluß an Schnittwunden beim Rasieren am Kinn framboesiforme Lues bekam. Fünf Wochen vorher wunde Stelle am Penis, die als Herpes diagnostiziert wurde. Hinweis auf die Differentialdiagnose zwischen framboesiformer Syphilis und tropischer Framboesie.

Bullöse Formen beim hämorrhagischen Sarkom von Kaposi und bei Lichen planus (Bullous Eruptions in Hemorrhagic Sarcoma of Kaposi and in Lichen Planus), von F. Wise und J. J. Eller-New York. S. 625—631. Bericht über einen Fall von Kaposis Sarkom bei einer 66jähr. Frau; die Blasenbildung wurde verursacht durch mechanische Lymphstase. Bei einer 41jähr. Frau fanden sich neben typischen Lichenplanus-Effloreszenzen auch bullöse an beiden Beinen.

Hypophysäre Dystrophie (Pituitary Gland Dystrophies), von L. Hollander-Pittsburgh. S. 632—636. Bericht über zwei typische Fälle von Dystrophia adiposogenitalis mit besonderem Hinweis auf die dabei vorkommenden Hautveränderungen, wie Keratosis pilaris, Hypertrichosis, Zyanose, Pigmentveränderungen und Ernährungsstörungen der Kopfhaut.

U. Greif-Leipzig.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

April 1923.

Haut-Leishmaniosis, Lupus vulgaris ähnelnd, bisher nicht klassifiziert (Lupus Leishmaniasis: a Leishmaniasis of the Skin Resembling Lupus vulgaris; Hitherto Unclassified), von J. B. Christopherson. S. 123—130. Krankenpflegerin, die im September 1920 in Bagdad von einem Insekt in die linke Wange gestochen wurde. Fünf Monate später entwickelte sich an dieser Stelle ein Geschwür, in dessen Inhalt die Leishmann-Donovan-Körperchen gefunden wurden. Mit Antimon und Borsalbe und einer Röntgenbestrahlung kam nach 4 Monaten das Geschwür zur Heilung. 12 Monate nach dieser scheinbaren Heilung traten auf derselben Stelle (etwa 20) eine Anzahl kleiner, gelblich-brauner weicher Knötchen, welche kaum palpabel und deren Hautbedeckung normal, nicht ulzerierend oder eingerissen waren, auf. Diaskopie zeigte die für Lupus vulgaris charakteristische gelbe Verfärbung. Therapeutisch wurden intravenöse Injektionen von Tartarus stibiatus, beginnend mit $^1/_2$ g und mit jeder Injektion um $^1/_2$ g bis auf 2 g steigend, ausgeführt, und zwar so lange, bis insgesamt 30 g gegeben waren. Die rasche Heilung, die mit diesen Injektionen eintrat, die als spezifisches Mittel gegen die Leishmaniasis gelten, dürfte als stringenter Beweis anzusehen sein, daß es sich hier nicht um Lupus vulgaris handelt. Die Gefahr der intravenösen Antimontherapie, wobei sogar hohe Dosen überraschend gut vertragen werden, ist sehr übertrieben worden, und Chr. hat nie einen Fall fettiger Degeneration innerer Organe erlebt; es hat den Anschein, daß bei Patienten die intravenös mit Tartarus stibiatus behandelt wurden, wenn mehrere Kuren in Zwischenräumen stattfanden, jede Kur besser als die vorhergehende vertragen wurde. Von den zuweilen auftretenden, geringfügigen Erscheinungen sind zu erwähnen Muskelschmerzen, Neigung zu Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Koliken usw.

Arsenobenzol in der Syphilisbehandlung (Arsenobenzol in the Treatment of Syphilis), von C. H. Mills-London. S. 131—150. Eine übersichtliche und eingehende Besprechung der Salvarsanbehandlung vom Beginn derselben. Was die Einverleibungsmethoden der Arsenobenzole in bezug auf ihre Wirkung betrifft, so kommt M. zu folgenden Schlüssen. Die intramuskulären oder subkutanen Injektionen von Neosalvarsan, Novarsenobenzol oder Novarsenobillon haben unmittelbar größere Heilwirkung als die intravenösen Injektionen von Salvarsan, Kharsivan, Arsenobenzol oder Arsenobillon. Spirochäten verschwinden aus syphilitischen Affekten ebenso rasch nach der ersten intramuskulären wie nach der ersten intravenösen Injektion. Negativer Wassermann war am Ende der Behandlung 12% besser nach der intramuskulären oder tief subkutanen Injektion von „914"-Präparaten als nach der intravenösen von „606" und zwar in zwei Parallelserien ähnlicher, mit äquivalenten Dosen behandelter Fälle. Lösung von Neosalvarsan in 1 ccm 4%iger Stovainemulsion genügt, um die intramuskuläre Neosalvarsaninjektion verträglich zu machen. Die intramuskulären Injektionen er-

Digitized by Google

klärt M. für eine viel zu schwierige, ganz ungewöhnliche anatomische Kenntnisse erfordernde Prozedur, um allgemein angewendet zu werden, während die tiefe subkutane außerordentlich einfach sei, keine große Erfahrung beanspruche. (Fortsetzung folgt.)

Ein Fall von Keratodermia blennorrhagica (A Case of Keratodermia blennorrhagica), von R. Gibson. S. 151. Im Verlauf eines äußerst chronischen Trippers entwickelten sich kleine Horngebilde am kleinen Finger der rechten Hand und allmählich auch auf dem Rücken beider Hände und Füße. Gonokokkenvakzine wurde gleichzeitig mit Prostatamassage gegeben, brachte zwar Besserung der Gelenkschmerzen, aber die Hauterscheinungen nahmen ständig bis zu bedeutender Größe zu; durch erweichende Umschläge gelang es, sie oberflächlich zu entfernen, aber die Tendenz zu Auswüchsen blieb bestehen. Die Gelenkaffektion wurde immer schlechter, und Pat. starb schließlich an zunehmender Septikämie. WR war völlig negativ und Reinkulturen aus dem Blute stets steril.

Zoster und Windpocken (Herpes Zoster and Varicella), von A. C. Roxburgh. S. 152—153. Die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen diesen beiden Affektionen wurde schon des öfteren erörtert, und R. beschreibt in bezug auf diese Möglichkeit einen Fall von Schafblattern bei einer verheirateten Frau, wo anfangs diese Diagnose zweifelhaft schien. Der Ehemann der Frau hatte nun 16 Tage vorher einen typischen Anfall von Zoster (am 6., 7. und 8. l. Interkostalraume), wo die Bläschen 3 Tage nach den Prodromalschmerzen aufgetreten waren. Weder die Ehefrau noch ihr Mann waren ihres Wissens irgendwie einer Schafblatterninfektion ausgesetzt, letzterer hatte in seiner Kindheit Schafblattern. R. erwähnt noch einen weiteren Fall, wo in einem Hause die Köchin typischen Herpes zoster hatte, 16 Tage später 1 Kind und darauffolgend noch 2 Kinder und 2 Erwachsene Schafblattern bekamen — obwohl nirgends in der Nachbarschaft solche herrschten.

Mai 1923.

Der mykotische Typus von Bromo- und Jododermie: Gesichts-, Rachen- und intra-orales Ödem und Schwellung der Speichel- und Schilddrüsen in Fällen von Jodidiosynkrasie (The Mycotic Type of Bromodermia and Jododermia: Facial, Pharyngeal and Intraoral Oedema and Idiosyncrasy Towards Jodides), von F. Parkes Weber. S. 169. Fünf Fälle: Kleine Arsenikdosen leisten bis zu einem gewissen Grade der unerwünschten Brom- und Jodwirkung Widerstand, auch die Kaliumtherapie, von K. Hübschmann empfohlen, wird manches Mal Erfolg bringen. Ödem des lockeren subkutanen Gewebes um die Orbita herum ist ein wohlbekanntes Symptom des Jodismus, besonders bei kachektischen Personen. Zuweilen ist das ganze Gesicht befallen. Mit der gelegentlichen Schwellung der Speicheldrüsen, die als Folge des Jodismus vorkommt, ist Vergrößerung der Schilddrüse, auf gleicher Ursache beruhend, zu vergleichen. Verschiedene Fälle von akuter Schwellung der letzteren, mehr oder weniger jenen bei Gravesscher Krankheit ähnelnd, wurden nach Jodgebrauch beobachtet und sind augenscheinlich nach einem solchen in erhöhtem Maße aufgetreten; zuweilen sind sie auch mit Fieber verbunden — Jodfieber, akute Thyreoiditis. Nach Pasini sei die spezielle Affinität der Schilddrüse für Brom und Jod auf deren normalerweise vorhandenen Gehalt an diesen Elementen zurückzuführen.

Arsenobenzol in der Behandlung der Syphilis (Arsenobenzol in the Treatment of Syphilis), von C. H. Mills-London. (Fortsetzung und Schluß.) S. 181. Die wässerige (saure) Lösung von „606" (Kharsivan) wurde in Dosen von 0,3 g (jeden zweiten Tag), mit je einer Woche Unterbrechung und in der Gesamtmenge von 2—4,6 g per os verabreicht: von den so behandelten 12 Fällen zeigte keiner die geringste Magen- oder andere Störung, andererseits war klinisch kein bemerkenswerter Einfluß auf das Verschwinden der Spirochäten, WR usw. zu beobachten. Ebenso war es der Fall mit der rektalen Einverleibung, welche besonders bei Kindern und bei vorhandenen Komplikationen, wie vorgeschrittenem Herzleiden, Aneurysmen, Niereninsuffizienz usw., in Betracht kämen. Beide Methoden erwiesen sich aber wegen der Unsicherheit der Wirkung als nahezu unbrauchbar für die Praxis. Ein Fall kann als geheilt angesehen werden, wenn keinerlei klinische Erscheinungen vorhanden und die Wassermannsche Blutreaktion über einen Zeitraum von 5 Jahren nach Aufhören jeder Behandlung negativ geblieben ist, wobei die Blutproben nach einer provokatorischen Salvarsan- (Arsenobenzol-) Injektion vierteljährlich untersucht werden müssen, und ebenso die Zerebrospinalflüssigkeit nach einer solchen Injektion und alljährlichen (innerhalb der letzten 5 Jahre) Unter-

Digitized by Google

suchung keinen pathologischen Befund ergeben hat. Der Zwischenraum von 5 Tagen zwischen Injektion und Probeentnahme ist gewöhnlich genügend, um dem Gewebe zu ermöglichen, eine Zunahme der Wassermannschen Substanz gegenüber den gereizten Spirochäten in hinreichender Menge zu produzieren. Syphilis ist mit kombinierten Quecksilber- und Jodsalvarsankuren heilbar, vorausgesetzt, daß die Behandlung frühzeitig genug begonnen wird. Der Typus von Fällen, wo die Arsenobenzole keine Heilung zu bewirken scheinen, ist jener, wo eine lange bestehende Infektion multiple, nicht zugängliche, Spirochäten beherbergende Sklerosis aufweist. Gefäßloses Gewebe — Kornea wird nach M.s Erfahrung von den Arsenobenzolen — wenn subkutan oder intravenös einverleibt — nicht beeinflußt, ebensowenig das Parenchym des Zentralnervensystems — wie bei allgemeiner Paralyse, in der großen Mehrzahl der Fälle.

Bericht über einen tödlich endenden Fall von Dermatitis infolge einer einzigen Dosis Novarsenobillon (Report of a Fatal Case of Dermatitis Following on the Administration of a Single Dose of Novarsenobillon), von Reith Fraser-Kapstadt. S. 197. Der Fall betraf einen 39jähr. Farbigen, der wegen Erscheinungen sekundärer Lues, positivem Wassermann 0,3 g Novarsenobillon erhielt. Zwei Tage später traten an der Injektionsstelle zwei kleine (erbsengroße) Blasen auf, nach weiteren zwei Tagen ähnliche Bläschen auf Brust, Bauch und Leistengegend, bis schließlich beinahe die ganze Hautoberfläche von Kopf bis zu Fuß davon bedeckt war. Der Ausschlag nahm aber allmählich an den verschiedenen Körperstellen ein ganz verschiedenes Aussehen an: Gesicht und Nacken ähnlich einem Erythema iris, Extremitäten einer schweren Form von Erythema multiforme, während Rücken und Brust eine hämorrhagische Form von Pemphigus foliaceus zeigten. In Zusammenhang mit ausgedehnter Ulzeration der Augenlider bestand heftige doppelseitige Konjunktivitis mit zahlreichen subkonjunktivalen Hämorrhagien. WR ausgesprochen positiv. Allgemeinzustand sehr schlecht, aber trotz der Ausdehnung der oberflächlichen Sepsis keine Erscheinungen allgemeiner Sepsis (kein Fieber, Puls 64—68 pro Minute). Tod nach 112 Tagen. M. Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Februar 1923, Nr. 2.

Beitrag zum Studium der Kraurosis vulvae (Contribution à l'étude du Craurosis vulvae), von H. Halkin-Lüttich. S. 65—73. Verf. vertritt die Ansicht, daß die Kraurosis vulvae nicht nur makroskopisch eine Krankheitseinheit darstellt, sondern auch histologisch ganz bestimmte Befunde sich erhalten lassen, wie sie nur dieser Krankheit eigen sind. Er hatte Gelegenheit, einen Fall von Kraurosis zu beobachten und wegen eines aufgepfropften Epithelioms zu operieren. Aus dem Vergleich der mikroskopischen Schnitte durch die von Kraurosis vulvae veränderte Haut der kleinen Schamlippe, der Schleimhaut des Vestibulums und der Klitoris mit ähnlichen Schnitten von den Leichen einer 26jähr. sowie einer 56jähr. Frau ohne krankhafte Befunde am Genitale ergab sich, daß sich bei der Kraurosis vulvae eine dichte Anhäufung von elastischen Fasern auch im subkutanen Gewebe fand. Völlig verschwunden waren die Talgdrüsen der kleinen Schamlippe. Ihre spärlichen Gefäße waren voluminöser und zeigten Wandverdickung, die Nervenfasern Vakuolenbildung. In der Kutis keine entzündliche Reaktion und Schwund der elastischen Fasern.

Über zwei Prurigofälle (Sur deux cas de prurigo lymphadénique), von M. Raynaud, J. Montpellier und A. Lacroix-Algier. S. 74—84. Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Prurigo, die nach allen Regeln der Kunst klinisch untersucht sind. Ätiologisch konnten Lues und Tuberkulose ausgeschlossen werden. Histologisch bemerkenswert war das völlige Fehlen der Eosinophilie. Sternbergsche Zellen waren nur andeutungsweise vorhanden.

Lippenekzem und seine Behandlung mit X-Strahlen (La cheilite exfoliative et son traitement par les rayons X), von Robert Abimélech-Konstantinopel. S. 85—86. Es werden zwei Fälle dieser Erkrankung beschrieben, die jeglicher medikamentösen Behandlung trotzten und erst auf Röntgenbestrahlung abheilten.

Intoleranzreaktionen nach Salvarsanen. Angioneurotischer Symptomenkomplex (Réactions d'intolérance aux arsénobenzènes. Crises nitritoïdes), von R. Gonin-Lausanne. S. 87—108. Die umfangreiche Arbeit, deren erster Teil hier vorliegt, ist

Digitized by Google

im wesentlichen eine Zusammenstellung der wichtigsten Arbeiten über Intoleranzerscheinungen, wie sie durch Salvarsanpräparate hervorgerufen werden.

Über die Natur des Ekzems. Experimentelle Untersuchungen. — Hypersensibilität, Idiosynkrasie und Hautanaphylaxie bei Ekzematikern (De la nature de l'eczéma. Recherches expérimentales. — Hypersensibilité, idiosyncrasie et anaphylaxie cutanées chez les eczémateux), von H. Jaeger-Zürich. S. 109—118. Zusammenfassung der Ergebnisse seiner experimentellen Studien. Bei normalen Individuen ergaben die Versuche, daß von 140 115mal keine Reaktion zu beobachten war, bei 19 Versuchspersonen nur ein Erythem auftrat, das nach 24 Stunden wieder verschwand. Nur 6 Personen zeigten eine Reaktion ekzematösen Charakters. Der funktionelle Nachweis an der Haut umfaßte in diesen Fällen die Grade III—V. Bei Ekzemkranken war die Funktionsprüfung von 77 Fällen 39mal positiv. Die Ergebnisse verteilen sich folgendermaßen: auf 14 infantile Ekzeme 5 positive, auf 9 chronische Ekzeme 8 positive und auf 34 professionelle Ekzemfälle 21 positive. Die positiven Resultate entsprechen klinisch wie histologisch in allen Punkten dem Bilde eines akuten ekzematösen Prozesses. Bei 13 Fällen von Seborrhoe sowie 10 Neurodermitisfällen war die Hautfunktionsprüfung je einmal positiv. Als Gesamtergebnis der Untersuchungen ergab sich in 51% ein positives Resultat bei Ekzemkranken, in 4% bei Gesunden. Weiter ergab sich aus den experimentellen Versuchen, daß nicht alle Ekzematiker gleichmäßig auf die einzelnen Versuchsmittel reagierten. Verf. unterscheidet zwischen mono- und polyvalenten Reaktionen. Monovalente Reaktion deutet auf Hypersensibilität (Hautidiosynkrasie) gegenüber einer bestimmten chemischen Substanz. Als Beweis dafür dienen die Experimente mit Formol. Verf. formuliert seine Ansicht über das Ekzem dahin, daß es als das Ergebnis des Zusammentreffens einer sensibilisierten Haut mit seinem Antigen aufzufassen sei. Vorwiegend waren es Berufsekzeme, die monovalent reagierten. Nicht geklärt sind die Fälle polyvalenter Reaktion. Betreffs Natur und Herkunft der ekzemerzeugenden Substanzen unterscheidet Verf. zwischen exo- und endogenen. Für Vorhandensein ersterer sprechen die Berufsekzeme. Für die inneren, auch als „Antigene" vom Verf. bezeichnet, spricht außer den von Bloch und Peter angeführten Fällen auch der vom Verf. beobachtete, in welchem bei einem 36jähr. Manne (chronischer Ekzematiker), der zum Zwecke einer Varizenoperation einen Jodanstrich erhalten hatte, eine 15 Tage anhaltende Dermatitis auftrat. Erneute äußere wie innere Jodapplikation zwei Jahre später ergab wieder eine ekzematöse Reaktion. Um dem Problem, worin die Hypersensibilität bzw. die Hautidiosynkrasie besteht, welches ihr anatomischer Sitz, ihre Natur und Herkunft sind, näher zu kommen, weist Verf. auf das vergleichende Studium z. B. der Urtikaria hin. Für letztere wird seitens namhafter Autoren wie Unna, Török u. a. eine Hypersensibilität der Hautgefäße angenommen, während beim Ekzem vieles für eine Hypersensibilität der Epidermzellen spricht. Die histologischen Untersuchungen, die der Verf. in dieser Richtung anstellte, ergaben jedoch kein greifbares Resultat. Verf. stellt nachstehende Schlußfolgerungen auf. Die Haut Ekzemkranker verhält sich in ihren gesunden Bezirken auf Einwirkung von äußeren chemischen Reizen anders als die nicht Ekzemkranker. Sie antwortet auf äußere Reize mit intensiver entzündlicher Reaktion, die klinisch wie histologisch Ekzemcharakter trägt und bei infantilen, professionellen und konstitutionellen Ekzemen auftritt. Die Funktionsprüfung weist bei vielen Ekzematikern auf das Vorhandensein einer latenten Hauthypersensibilität hin, einer Idiosynkrasie der Haut gegen bestimmte chemische Substanzen. Diese Hypersensibilität ist mono- wie polyvalent. Auf Grund dieser Tatsachen muß man die wesentliche Ursache des Ekzems in einer angeborenen oder erworbenen Sensibilisation der Haut(speziell der Epidermzellen) sehen.

März 1923, Nr. 3.

Provokation der Wassermann- und kolloidalen Benzoereaktionen in der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit (Réactions de Wassermann et du benjoin colloidal provoquées dans le liquide céphalo-rachidien), von Cestan, Riser und Bonhoure-Toulouse. S. 145—165. Zur Klärung der Frage nach der Bedeutung der provokatorischen WR und kolloidealen Benzoereaktionen haben die Verff. folgende Nachprüfungen angestellt. Bei 33 nichtsyphilitischen Geistes- und Nervenkranken, deren Lumbalpunktat eine sicher negative WR sowie Kolloidreaktion ergab, wurden 1—3 provokatorische intravenöse Salvarsaninjektionen gegeben. 10—18 Tage nach der letzten Einspritzung wurde wieder lumbalpunktiert. Es zeigte sich bei keinem der Fälle eine positive Reaktion. Negativ waren weiter auch die WR und die Kolloidreaktion im Liquor cerebrospinalis

Digitized by Google

solcher Pat., die wohl eine Lues hatten oder durchgemacht hatten und deren Blut-WASSERMANN positiv war, deren Nervensystem aber unversehrt war. In 17 Fällen von 18 Kranken, bei welchen das Nervensystem syphilitisch erkrankt war, unterschieden die Verff. zwischen zwei Gruppen, von denen die eine die alten Nervensyphilisfälle umfaßt, die andere die Affektionen des Nervensystems im Beginn der spezifischen Erkrankung. In 8 Fällen genügte zur Reaktivierung beider Reaktionen eine einzige Salvarsaninjektion; in 5 Fällen mußten 2—4 provokatorische Spritzen gegeben werden. Über den Zeitpunkt des Auftretens der positiven Reaktionen ließ sich nichts Bestimmtes ermitteln, desgleichen nicht über die Dauer der Reaktivierung. Die Provokation der WR im Liquor cerebrospinalis zeigte sich nicht konstant; sie gelang in 9 Fällen, war in einem zweifelhaft und blieb in den übrigen negativ. Die Kolloidreaktion ließ sich provokatorisch nur in 4 Fällen darstellen. Auch herrscht keine Übereinstimmung zwischen beiden Reaktionen, indem die WR-Reaktivierung häufiger gelang als die der Kolloidreaktion und ferner gerade oft die Fälle, die mit der einen positiv reagierten, mit der andern negativ blieben. Es ergab sich schließlich, daß die alten Nervensyphilisfälle zusammen mit den sich langsam entwickelnden frischen Fällen einen höheren Prozentsatz (etwa 50%) der Reaktivierung ergaben als die frische Nervensyphilis. Nebenbei erhoben die Verff. noch den Befund, daß bei der provokatorischen Einspritzung eine Vermehrung der Lymphozytose und Hyperalbuminose keineswegs die Regel war. Sie wurden ausschließlich nur bei veralteten Fällen von Nervensyphilis gefunden.

Impetigo vulgaris bullosa der Erwachsenen. Impetigo vulgaris circinata (Impétigo vulgaire bulleux des adultes. Impétigo vulgaire circiné), von ROBERT BERNHART-Warschau. S. 166—176. Ausführliche Beschreibung je eines vom Verf. beobachteten Falles von Impetigo vulgaris bullosa beim Erwachsenen und der Impetigo vulgaris circinata. Im ersten Fall weist Verf. besonders auf die Bedeutung der Differentialdiagnose gegenüber dem Pemphigus hin.

Intoleranzreaktionen bei Salvarsan. Angioneurotischer Symptomenkomplex (Réactions d'intolérance aux arsénobenzènes. Crises nitritoïdes), von RENÉ GOUIN-Lausaune. S. 177—193. Der Schluß seiner Arbeit ist der Therapie des angioneurotischen Symptomenkomplexes gewidmet. Verf. betont die Wichtigkeit der langsamen Einspritzung des Salvarsans zur Vermeidung des gefürchteten Symptomenkomplexes, dazu ein paar einschlägige Krankengeschichten. Er erwähnt weiter die Momente der Ruhe und Nüchternheit, die ebenfalls vorbeugend wirken. An Hand von Krankengeschichten zeigt er, daß die bekannten Mittel wie Adrenalin und Natriumbikarbonat, die zur Bekämpfung der Crises nitritoïdes empfohlen werden, auch versagen können. Schließlich zieht Verf. auch die Methode der Exohämophylaxie, von FLANDRIN u. a. angegeben, sowie die der Topophylaxie nach SICARD, PARAF und FORESTIER in den Bereich seiner Betrachtungen und gibt dazu eigene Beobachtungen. Die topophylaktische Methode hat er bei etwa 30 Kranken angewandt und hier bei mehreren die Beobachtung des urtikariellen Hautsymptomes am abgeschnürten Arm (dazu Abbildungen) gemacht. Doch vermeidet Verf. es, hieraus irgend welche Schlüsse zu ziehen etwa der Intoleranz dieser Fälle gegen Salvarsan. Die Topophylaxie hat sich Verf. neben anderen Fällen besonders in drei gegen Neosalvarsan intoleranten sehr gut bewährt.

F. Quasig-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Zur Behandlung der Cystitis und Cystopyelitis acuta und chronica (Entgegnung auf die gleichnamige Arbeit von SCHOTTMÜLLER), von H. HOHLWEG-Duisburg. (M. m. W., 1922, Nr. 42, S. 1482.) HOHLWEG nimmt für sich und andere die Priorität des Gedankens, obige Krankheiten bis zur vollständigen Ausheilung im bakteriologischen Sinne zu behandeln, in Anspruch. Für frische Zystitisfälle hält er so starke Argentuminjektionen zunächst für verfehlt; nach Abklingen der akuten Erscheinungen verwendet er Lösung von 1 : 500—300 Konzentration. Wenn durch Blasenspülungen eine Pyelitis ausgeheilt ist, ist sie — meist die leichtere Erkrankung — entweder von selbst ausgeheilt, oder es war gar keine vorhanden. (Irrtum leicht möglich. In SCHOTTMÜLLERS

Digitized by Google

Arbeit fehlen die Beweise für bestandene Pyelitis.) Wirklich schwere Nierenbeckenentzündungen werden durch Blasenspülungen nicht geheilt; sie heilen ohne Lokalbehandlung fast niemals aus. Die Nierenbeckenspülung macht keine nennenswerten Beschwerden, obwohl hier $^1/_2$ und $1\,^0/_0$ige Lösungen von $AgNO_3$ zu wählen sind. Es gibt nicht nur eine Kolipyelitis durch Aufsteigen, sondern auch eine vom Darm aus entstehende. Die Pyelitis ist auch beim Manne häufig, nur wird sie wegen der schwierigen Untersuchung nicht so leicht erkannt wie bei der Frau.

A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der Cystitis und Cystopyelitis acuta und chronica (Erklärungen zu H. Hohlwegs vorstehender Entgegnung), von Schottmüller. (M. m. W., 1922, Nr. 42.) Die starkprozentigen Lösungen haben sich als unschädlich erwiesen. Die Tenesmen sind erträglich und können durch Morphium beseitigt werden. Der Ureterenkatheterismus begünstigt die Pyelitisentstehung. Man kann eine Zystitis begleitende Pyelitis auch ohne Cystoskop erkennen. Gelegentliche Irrtümer werden durch Harnstauung infolge Verschwellung der Ureterenmündung veranlaßt.

A. v. Notthafft-München.

Schnelle Heilung der Zystitis bei Kindern (The Rapid Cure of Cystitis in Children), von John Cooke Hirst-Philadelphia, Pa. (New York m. J., 1923, Bd. 117, Nr. 5.) Bei Mädchen ist akute Zystitis wesentlich häufiger als bei Knaben; ätiologisch kommt meist B. coli in Betracht. Auf Blasenspülung mit Silbersalzen tritt ein sofortiges Schwinden sämtlicher Erscheinungen ein. Eine Wiederholung der Einspritzung ist nur bei chronischen, rezidivierenden Fällen älterer Kinder von 6—7 Jahren nötig.

E. Levin-Berlin.

Ein Fall von hochgradiger Dilatation der Harnblase, der Harnleiter und Nierenbecken infolge eines klappenartigen Verschlusses des Orificium urethrae internum, von C. O. Schmidt-Kronstadt-Siebenbürgen. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 11, S. 158—168.) Verf. beobachtete bei einer Frühgeburt im fünften Monat, die im Anschluß an einen Unfall der Mutter im dritten Schwangerschaftsmonat auftrat (Sturz auf der Kellertreppe), obige Mißbildung. Die Urethra mündete in einem Winkel von 45° in die Blase. Die vorspringende Lippe (ähnlich wie bei den Uretherenostien) verhinderte den Abfluß von Urin bei nur mäßig gefüllter Blase. Die Entwicklungsgeschichte gibt keinerlei Fingerzeig für diese Mißbildung. A. Rosenburg-Berlin.

Die Gefährlichkeit der Blasendrainage mit dem Troikart, die Gefahrlosigkeit der kapillaren Blasenpunktion, von Franz Hayn-Plauen. (M. m. W., 1922, Nr. 30, S. 1122.) Kritik der Natherschen Arbeit. Der Einstich mit dem Troikart verstärkt bei sehr ausgedehnter Blase den Innendruck so bedeutend, daß septischer Harn ins Gewebe ausgedrückt werden kann. Dafür empfiehlt sich die Punktion mit der feinen Kapillarkanüle. Ist die Entleerung genügend weit gelungen, dann kann — aber nur der Geübte — den Troikart benutzen. A. v. Notthafft-München.

Über Probeexzisionen aus der Blase, von K. Scheele-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1923, Nr. 1, S. 17.) Empfehlungen eines zangenartigen Instrumentes, das in jedem für einen Ureterenkatheter von 7 cm durchgängigen Cystoskop vorgeschoben werden kann. A. v. Notthafft-München.

Über Neurinomatose der Harnblase, von E. Steden, Marienkrkh. Hamburg. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 177, H. 1/2.) Das Vorkommen von Neurinomen an inneren Organen bei der Recklinghausenschen Krankheit ist im allgemeinen selten. Bei einer 31jährigen Frau fand sich neben reichlichen, zum Teil gestielten, zum Teil dunkel pigmentierten Hautknötchen am Rücken und linken Arm ein Tumor im Abdomen, der die vergrößerte Harnblase darstellte; die Blasenwand, außen glatt, fühlte sich sonst verdickt und uneben an. Pat. ging nach 2 Tagen unter urämischen Erscheinungen zugrunde. Die Obduktion ergab Tumor der hinteren Blasenwand, übergreifend auf die beiden Ureterenmündungen. Die histologische Untersuchung eines Hautknötchens und des Blasentumors ergab, daß es sich bei beiden um ein Neurinom handelte, und zwar stellt der Blasentumor mehr ein reines Neurinom dar, während das Hautknötchen mehr den fibromähnlichen Typus, das Fibroneurinom vertritt. Die Tumoren sind als Fehlbildungen anzusehen, indem es während des fötalen Lebens aus irgend einem Grunde zu einer Wucherung von Zellmaterial der Ganglienleiste gekommen ist, das im Verlaufe der weiteren Entwickelung versprengt wurde und in der Harnblase und der Haut allmählich zur Bildung der Tumoren führte. Bei Vorhandensein multipler Hautknötchen ist bei der zystoskopischen Untersuchung unter Umständen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Neurinoms der Blase zu stellen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Thermopenetration in der Therapie der weiblichen Blasenerkrankungen, von J. v. Büben-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 49, S. 1643—1644.) Die Thermopenetration erfolgte extra- und intravesikal. Im ersteren Falle wurde eine Olivenelektrode mit Thermometer nach Kelen in die Vagina und eine Bleiplatte auf die Symphyse gelegt. Bei der intravesikalen Behandlung wurde als innere Elektrode eine vom Verf. konstruierte Blasenelektrode verwendet. Sie besteht aus einem 20 ccm langen, mit Hahn versehenen Metallkatheter, dessen Mittelstück verschmälert ist. Letzteres ist durch Gummi und Seide isoliert. Nach Absperren des Hahnes kann der Katheter als Elektrode benutzt werden. Die besten Erfolge wurden mit Thermopenetration bei Enuresis erzielt. Bakterizide Wirkung wurde nicht beobachtet.

F. Harry-Wiesbaden.

Über das häufige Zusammentreffen von rechtsseitigem Hodentiefstand mit nervösen Blasenbeschwerden, von A. Adler-Leipzig. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1612—1613.) In 18 von 22 Fällen bestanden nervöse Blasenbeschwerden neben rechtsseitigem Hodentiefstand. Verf. führt den Hodentiefstand auf eine geringe funktionelle Minderwertigkeit des untersten Rückenmarkabschnittes zurück, die ein für das Auftreten von Blasenstörungen begünstigendes Moment darstellt. F. Harry-Wiesbaden.

Über Purpura vesicae haemorrhagica, von S. Faragó-Pest. (D. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1553—1554.) Verf. will die Bezeichnung „Purpura vesicae" nur für solche Fälle angewendet wissen, in denen das Blasenbild punktartige bis bohnengroße hämorrhagische Flecke ohne jedwede andere Blasenschleimhautveränderungen zeigt. Diese Blasenveränderung kann oft das einzige Symptom einer vorhandenen Purpura oder eines Skorbuts sein. F. Harry-Wiesbaden.

Die tabische Blase vom Standpunkt des Urologen (The Tabetic Bladder from the Standpoint of the Urologist), von B. C. Corbus und V. J. O'Conor-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 21, S. 1750—1753.) Der Aufsatz bringt einen Beitrag zu den Arbeiten über die sekundären Störungen am unteren Harntraktus bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Um die frühzeitigen Störungen am Harnleitersystem zu studieren, haben die Verff. 50 Kranke mit aktiver Gehirnrückenmarkssyphilis, aber ohne tabische Symptome und 20 Patienten mit sicher ataktischen Symptomen untersucht und die Befunde in Tabellenform zusammengestellt. In urologischer Hinsicht resümieren die Verff., daß bei unkomplizierten tabischen Blasenerkrankungen selbst mit einem Restharn von 900—1000 ccm und normalem Blutharnstickstoff keine Behandlung außer der des Grundleidens nötig ist. Lokale Behandlung nur bei akut bedrohlichen Komplikationen. Bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, z. B. Unterscheidung zwischen mechanischen Störungen und Lähmungserscheinungen, tritt die Zystoskopie in ihre Rechte.

F. Quasig-Hamburg.

Ein Fall von Ectopia vesicae — operiert nach Maydl-Borelius, von Erick Brattström-Lund. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 127, H. 2.) Verf. schildert seine Erfolge bei drei operierten Fällen nach Maydl-Borelius, die darin besteht, daß eine laterale Anastomose gleichzeitig zwischen den beiden Schenkeln der Flexura sigmoidea so nahe der Basis wie möglich angelegt wird.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Ein neuer Dauerkatheterhalter, von Adolf Lenz, Derm. Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1922, Nr. 30, S. 1121.) Dem neuen Apparat wird nachgerühmt: Unmöglichkeit des Verschiebens oder Abgleitens, Verstellbarkeit und daher leichteres Anlegen, Desinfizierbarkeit und Vermeidung von Ekzembildung. Im wesentlichen besteht er aus einem Leibgurt; von ihm ausgehende verstellbare Gummibänder halten eine Platte fest, in welcher der Katheter steckt. A. v. Notthafft-München.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Chronische Erkrankung des Colliculus seminalis und Sexualneurose (Chronic Disease of the Verumontanum and Sexual Neurosis), von M. W. Browdy. (Lancet, Nr. 5175, S. 961.) Die häufigste Ursache einer Erkrankung des Colliculus seminalis ist die Blennorrhoe. Die Symptome sind Apathie, Melancholie, Depressionszustände, unklare Schmerzen in der Gegend der Genitalien, der Oberschenkel und des Unterleibs, Brennen in der Harnröhre. Einige klagen über Harnträufeln, Pollakisurie, andere über Spermatorrhoe, nächtliche Pollutionen, mit Schmerzen verknüpfte oder schwache Erektionen, sowie über Ejaculatio praecox. Im Urin finden sich Phosphate und mitunter eine Spur Eiweiß. Bemerkenswert ist das gehäufte Auftreten von Herpes progenitalis.

Digitized by Google

Zur Stellung der Diagnose ist die Urethroskopie unerläßlich. Pathologisch-anatomisch handelt es sich bei der Erkrankung des Collikulus um Infiltrate. Als Therapie empfiehlt der Verf. Dehnung mit Metallbougies und „Kollmann", sowie Ätzung des Collikulus mit einer 5%igen Höllensteinlösung. R. Erichson-Kiel.

Histopathologische Studien an den akzessorischen Geschlechtsdrüsen (Prostata und Samenblase) unter besonderer Berücksichtigung ihrer Wechselbeziehungen, von D. Ohmori-Wien. (Zschr. f. urol. Chir., 1923, Bd. 1/2, H. 12, S. 1.) Verf. hat an 33 Leichen das Verhältnis der beiden akzessorischen Geschlechtsdrüsen zueinander untersucht. Er fand, daß die Masse der Prostata und der Samenblasen sich in weiteren Grenzen bewegen, als bisher angegeben wurde (dieses liegt aber wohl hauptsächlich daran, daß Verf. sehr viel mehr Jugendliche untersuchte als seine Vorgänger, so daß seine Werte nach unten die bisher bekannten, oder besser als normal angegebenen, Zahlen überschreiten). Gewichtszahlen gibt Verf. nicht an, da die Isolierung der einzelnen Organe ohne Verletzung des anderen nicht möglich ist, da beide eine gemeinsame Kapsel haben. Als Inhalt der Samenblasen fand Verf. in etwa 50% der Fälle Spermatozoen, abgestoßene Epithelien und Kristalle, die eine gewisse Ähnlichkeit mit den Sperminkristallen der Prostata haben. Dieser positive Befund der Kristalle ist neu. Bei der „Hypertrophia prostatae" handelt es sich nicht um eine Vergrößerung der einzelnen zelligen Elemente, sondern um eine Vermehrung bald der muskulären, bald der drüsigen Elemente, so daß man richtiger von einer „Hyperplasie" sprechen müßte. Bei der muskulären Hyperplasie finden sich mitunter scharf umschriebene Ansammlungen von Muskelgewebe, die aber deshalb nicht als Myome aufgefaßt werden können, weil sie ohne Trennung durch eine Bindegewebsschicht in die Umgebung übergehen. Was die quergestreifte Muskulatur anbelangt, so konnte Verf. unmittelbar unter der Außenschicht der glatten Muskelfasern quergestreifte Muskelbündel feststellen, die in ziemlicher Menge sich in das Parenchym versenken. Dieser Befund war ein konstanter. Verf. glaubt, daß diese quergestreiften Muskelfasern vom Sphincter urogenitalis (Kalicher) abstammen und bei den während des Geschlechtsaktes sich vollziehenden Lageveränderungen der Prostata eine Rolle spielen, indem sie sie für die Ejakulation alarmieren. Das elastische Gewebe der Prostata wie der Samenblasen ist sehr spärlich, die Drüsenschläuche der Prostata haben nur selten elastische Fasern, regenerierte Drüsenschläuche nie. Bei Atonie der Samenblasen erscheint das elastische Gewebe deutlich vermehrt. A. Rosenburg-Berlin.

Prostatamassage, eine praktische und theoretische Erörterung (Prostatic Massage, a Practical and Theoretical Discussion), von G. F. Farman-Santa Barbara, Kaliforn. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 16, S. 1328—1331.) Verf. hält die Prostatamassage für angezeigt bei einfacher katarrhalischer Vorsteherdrüsenentzündung, bei chronisch-parenchymatöser Entzündung, bei akuter Anschoppung im Stadium der benignen Hypertrophie, zuweilen noch bei vorzeitiger Ejakulation, Impotenz und sexueller Schwäche. Unter den theorischen Erwägungen interessiert die Ansicht, daß die Prostata stimulierend auf die innere Sekretion der Hoden wirkt und daß die Massage der Prostata ihre sowie die Sekretionstätigkeit der Hoden vermehrt.
F. Quasig-Hamburg.

Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie (Traitement de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie. Méthode du Dr. Th. Nogier), von Albert Pérez-Tunis. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 2.) Es handelt sich um ein Gestell, auf dem der Patient wie auf einem Pferde mit stark gespreizten Knien sitzt, wodurch eine aufsteigende Bestrahlung ermöglicht wird. Es sollen ausgebreitete starke Strahlungen angewendet werden, um in kurzer Zeit die Maximaldosis verabfolgen zu können. Die Anwendung ist einfach, die Erfolge gut; man könnte auch daran denken, auf diese Weise prophylaktisch Personen im Alter von über 50 Jahren mit Harnstörungen zu behandeln. E. Levin-Berlin.

Die Prostatahypertrophie, von Voelcker-Halle. (D. m. W., 1923, Nr. 9, S. 271—273, Nr. 10, S. 315—316.) Fortbildungsvortrag. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Prostatahypertrophie, von W. Horn und V. Orator, Path. Inst. Freiburg i. B. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 28, H. 1/2, S. 340—359.) Polemik gegen Simmonds Auffassung der Prostatahypertrophie als kompensatorische Hypertrophie mit inkretorischer Störung. Anatomische Beschreibung der Drüsen- und Muskelverhältnisse der Pars prostatica. Die Prostatahypertrophie ist nach Ansicht des Verf. keine kompensatorische Hypertrophie, sondern beruht auf blastomatöser Wucherung, die der knotigen Hypertrophie der Schilddrüse entspricht, der „paraprostatischen Drüsen",

Digitized by Google

nur selten des eigentlichen Prostatagewebes. Unter diesen sind submuköse, innerhalb des Sphinkter liegende Drüsen zu verstehen, die von Verff. weiter unterschieden werden in eine proximale Trigonumgruppe (Ausgangspunkt der sogenannten Mittellappenhypertrophie), in eine laterale Kollikulusgruppe (Ursprungsort die Seitenlappenhypertrophie) und in eine am Urethraldach liegende distale Gruppe. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Niereninsuffizienz bei Prostatahypertrophie, von G. Döttmann-Gießen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 1.) Man unterscheidet hierbei 2 Gruppen: Bei der einen handelt es sich um eine Stauungspolyurie mit völliger Unfähigkeit der Niere, einen konzentrierten Urin zu liefern; bei der anderen Gruppe handelt es sich um organische Niereninsuffizienz, eventuell auch mit Stauungspolyurie vermischt. Bei der ersten Wasserausfuhr größer als Zufuhr, daher Abnahme des Körpergewichtes und Austrocknungserscheinungen. Hier kommt eine funktionelle Störung in Betracht, die durch die entlastende Sectio alta behoben wird. Bei der zweiten Gruppe ist durch die Höhe des Reststickstoffes und erhöhten Blutdrucks die Gefahr größer. Prostatektomie ist abzulehnen, dagegen Anlegen einer einfachen Blasenfistel zu empfehlen.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über die Vasektomie als Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie, von Hans Landau-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 6, S. 255.) Verf. hat mit der doppelseitigen Resektion des Ductus deferens 26 Patienten, die an Prostatahypertrophie litten, behandelt und ein günstiges Resultat in etwa 60% erzielen können. Wesentlich ist vor allem, daß diese relativ geringfügige Operation noch Patienten zugemutet werden kann, für die eine Prostatektomie ein zu großes Risiko wäre. Worin die günstige Wirkung der Vasektomie besteht und weshalb die Prostata danach atrophiert, ist noch nicht völlig geklärt. Vielleicht spielen Einflüsse auf das vegetative Nervensystem eine Rolle. E. Langer-Berlin.

Die Indikationsstellung für die Prostatektomie an der Garrèschen Klinik, von W. Peters-Bonn. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 1, S. 15.) Während Verf. die Frühoperation im ersten Stadium zugunsten einer konservativen Therapie, in erster Linie der Bougiekur, ablehnt, findet er die einzeitige suprapubische Prostatektomie, wie sie an der Garrèschen Klinik ausgeführt wird, überall da indiziert, wo entweder quälende subjektive Beschwerden bestehen oder komplette oder inkomplette Harnverhaltung vorliegen. Dabei müssen Alter und soziale Stellung des Patienten mit berücksichtigt werden. Steine, Tumoren, Divertikel und leichte Zystitis indizieren eine einzeitige Operation, während Verf. bei schwerer Zystitis zum zweizeitigen Operieren rät. Als Kontraindikation führt Verf. alle schweren organischen Leiden und Kachexie an. Mit dieser streng durchgeführten Indikationsstellung hat die Garrèsche Klinik verhältnismäßig günstige Heilerfolge und geringe Mortalität. E. Langer-Berlin.

Sekundäre Blasen-Harnröhren-Mastdarmfistel nach transvesikaler Prostatektomie, von E. Stark-Weiden i. O. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 10, S. 389.) Bei einer suprapubischen Prostatektomie wurde das Rektum verletzt. Darauf wurde nach 14 Tagen ein Anus praetersigmoideus angelegt und in der gleichen Sitzung der Versuch gemacht, die Rektumfistel von der Blase her zu schließen. Das mißlingt. Darauf wird die Fistel vom Damme her angegangen. Auch da gelingt der Verschluß nicht mit Sicherheit. Exitus. F. Landauer-Berlin.

Der Lipoidstoffwechsel der männlichen Keimdrüsen, von Konrad Klinicke, Path. Institut Würzburg. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Nr. 27, S. 185—196.) In den vom Verf. untersuchten degenerierten Hoden zeigte sich in den Zwischenzellen ein Überwiegen der übrigen Lipoide vor den Phosphatiden, während in den Samenepithelien wenig geschädigter Hoden die Kephaline zurückstehen. Cholesterinester sind morphologisch nur in den Zwischenzellen häufig, und zwar reichlich nachweisbar gewesen. Die Lipoidanhäufungen in Epithelien und Zwischenzellen entsprechen nicht so sehr der Schwere der Schädigung wie der Schnelligkeit des Degenerationsverlaufes. Es findet eine Art Rückresorption der vermehrten Lipoide aus dem Samenepithel in die Zwischenzellen statt, die bei verdickter Kanälchenwandung erschwert ist und zu Lipoidstauung führt. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Verlängerung des Samenstranges mit Durchtrennung der Vasa spermatica interna, von Welti-St.-Gallen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 127, H. 2, S. 410.) Die mit Durchtrennung der Vasa spermatica interna einhergehende operative Verlängerung des Samenstranges gehört zu den besten Methoden, die bei der blutigen Hodenverlagerung angewendet werden. Die Technik der Operation wird genau angegeben.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Digitized by Google

Über Hodenpunktionen an der Leiche und pathologisch-anatomische Kontrolle des Resultates, von EDUARD MÜHSAM-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 52, S. 2572.) Möglichst schnell post mortem wurden vom Verf. die Punktionen vorgenommen, um unter Verhältnissen zu arbeiten, die denen beim Lebenden einigermaßen gleichen. Bei einiger Technik ist stets ein Punktat zu gewinnen, das immer Brocken von Stecknadelkopf- bis Sagokorngröße enthielt. Diese Bröckel wurden zum Teil mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt, zerzupft und angesehen, sedimentartiges Punktat wurde mit 10%iger Kadmiumchloridlösung, Sudan III und Methylenblau gefärbt und die Vergleichspräparate, die aus dem Hoden bei der Sektion um die Punktatstelle herum entnommen wurden, legte Verf. in Formalin und färbte mit Hämatoxylin-Eosin bzw. Sudan III und Orzein. Verf. konnte bei 35 wahllos genommenen Fällen im zeugungsfähigen Alter feststellen, daß bei der oben angeführten Untersuchungsart man genaue Auskunft über die Funktionstüchtigkeit des Hodens erhält, daß es dagegen unmöglich ist, die Punktionsmethode zur Feststellung des Gehaltes an Zwischenzellen im Punktat zu benutzen. Klinisch ist die Hodenpunktion überall indiziert, wo es sich darum handelt, aus diagnostischen und therapeutischen Gründen Aufschluß über die Funktionstüchtigkeit des Hodens zu erhalten.

E. Langer-Berlin.

Freie Hodenverpflanzung, von HANS BURCKHARDT und FRIEDRICH G. HILGENBERG, Chir. Kl., Marburg. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 177, H. 1/2.) An Ratten wurden 8 Reihen von Versuchen angestellt, in denen Überpflanzung des Hodens aufs Bauchfell oder von außen auf die Bauchmuskulatur, autoplastische oder homoplastische Überpflanzung, Überpflanzung nach Entfernung beider oder nur eines Hodens in verschiedenen Kombinationen vorgenommen wurden. Für das Angehen des Transplantates eines Gewebes mit endokriner Funktion ist das Vorhandensein eines Gewebshungers von ausschlaggebender Bedeutung: es kommt daher bei der Hodenüberpflanzung in Frage, wie weit der Organismus mit den Hormonen der Keimdrüsen gesättigt ist oder nicht. Daß die sekundären Geschlechtsmerkmale durch die Zwischenzellen bedingt sind, ist durch nichts erwiesen, diesen kommt, wo sie überhaupt eine Rolle spielen, nur eine indirekte Bedeutung zu. Es kam dementsprechend bei den Versuchen nur darauf an, ob bei der Überpflanzung Epithel in irgend einer Weise erhalten bleibt oder nicht. In dieser Richtung lautet das Urteil vernichtend, die homoplastische Hodenverpflanzung taugt danach nichts, die autoplastische nicht viel, bei ihr sind vielleicht Dauererfolge möglich, falls vor der Verpflanzung beide Hoden fehlten. Gewisse Erfolge wären vielleicht zu erzielen mit homoplastischer Überpflanzung von Hodengewebe aus dem nekrotischen Hoden, der auffallend lange erhalten bleibt und dadurch eine Resorption der wesentlichen Bestandteile über eine lange Zeit hin gestattet; die Überpflanzung könnte dann in besonderen Fällen wiederholt vorgenommen werden.

E. Levin-Berlin.

Zur Kritik der Hodentransplantation, von C. HAMMESFAHR-Magdeburg. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 1, S. 9—11.) Bericht über 2 Fälle von Hodentransplantation. Bei einem 26jähr. Kranken war der eine Hoden vor 8 Jahren aus unbekannter Ursache, der andere 6 Jahre später infolge eines Hammerschlags atrophiert. Deutliche Ausfallserscheinungen: Libido sexualis und Arbeitslust nahmen wesentlich ab. Deshalb Transplantation eines Hodens in üblicher Weise in die Bauchmuskulatur. Nach 3 Wochen mußte Pat. vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden, weil er allzu großes Interesse für eine Kranke zeigte. Dieses Wiederaufleben der Libido blieb bestehen, so daß Pat. nunmehr auch mehrmals wöchentlich wieder mit seiner Frau verkehrte. Verf. glaubt, diesen doch zweifellosen Umschlag im Sexualleben vollkommen suggestiven Einflüssen zuschreiben zu können. Der zweite Fall betraf einen 28jähr. Kranken, dem vor 2 Jahren ein Hoden wegen Tuberkulose entfernt worden war und der nun an der anderen Seite ebenfalls eine tuberkulöse Nebenhodenentzündung bekommen hatte. Transplantation eines fremden Hodens. Wundheilung per primam. Keinerlei Ausfallserscheinungen.

F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der funktionellen Bedeutung der Hodenzwischenzellen, von Z. FRANKENBERGER-Laibach. (Anat. Anz., Bd. 55, Nr. 24, S. 546.) Durch eingehende Untersuchungen über die Spermatogenese der Reptilien kommt Verf. zu der Ansicht PLATOS, daß die Hodenzwischenzellen ein für die Ernährung der reifenden Samenfäden sehr wichtiges Organ darstellen.

G. Assmann-Kiel.

Die Lehre von der Pubertätsdrüse, von C. HART. SCHÖNEBEG. (M. Kl., 1922, Nr. 25, S. 803—805.) Übersichtsreferat der STEINACHschen Theorien und der von den Gegnern erhobenen Einwände.

A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Die Störungen der Spermaejakulation, von Lissmann-München. (M. m. W., 1923, Nr. 16, S. 496.) Nichts Neues. A. v. Notthafft-München.

Relative Aspermie ohne Erkrankung der Urogenitalorgane, von Max Huhner-New York. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 121.) Patient litt trotz normaler Urogenitalorgane an Impotenz. Nach Behandlung mit faradischen Sinusoidalströmen kam Erektion, aber keine Ejakulation zustande. F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zur Ectopia testis perinealis, von Gundermann-Gießen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 1.) Es handelt sich um einen Leistenhoden mit perinealem Scheidenfortsatz, dessen periphere Hälfte ein solider Strang ist. Mikroskopisch findet man eine Anzahl kleiner Arterien mit auffällig dicker Wand. Es besteht eine äußere Ringmuskulatur und eine besonders kräftige, auffällige, innere Längsmuskulatur, welche durch die Kontraktion der Ringmuskulatur leistenartig in das Lumen vorgepreßt wird. Verf. glaubt an einen Zusammenhang dieses abnormen Gefäßstranges mit dem Zustandekommen der Ektopie. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Hodentuberkulose beim Kinde (Tuberculosis of the Testis in a Child), von J. S. Eisenstaed-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 25, S. 2076—2079.) Linksseitige Hodentuberkulose bei einem 3jähr. Knaben. Die Hodentuberkulose ist hämatogenen Ursprungs, sie befällt erst die Blutgefäße, später den Hoden selbst. Sie ist oft multilokulär im Organ. Bei Erwachsenen ist die Hodentuberkulose sekundär, ausgehend vom Nebenhoden. Bei Kindern ist das Umgekehrte der Fall. Bei lokalisierter Hodentuberkulose im akuten Stadium ist die Operation angezeigt, während für die chronischen Typen die Röntgenbestrahlung gilt. F. Quasig-Hamburg.

Zur Entstehung der Epididymitis non gonorrhoica, von V. Winckler-Breslau. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 3, S. 89—91.) Bei einem Strikturkranken war vor mehreren Jahren eine Resektion der Urethra vorgenommen worden; trotzdem trat allmählich eine neue Stenose ein, ohne daß Bougieren half. Deshalb Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm. Darauf zunächst Nebenhodenentzündung rechts, später links. Unterbindung der Vasa deferentia. Nun Fistel an beiden Unterbindungsstellen, und zwar zunächst Eiter, schließlich aber Urin. Verf. erklärt das so, daß durch das starke Pressen bei jeder Miktion der Urin unter hohen Druck gesetzt ist und so unmittelbar in die Vasa deferentia hineingepreßt wurde. So sind auch die Nebenhodenentzündungen entstanden, gewissermaßen auf dem Wege der Harninfiltration. F. Landauer-Berlin.

Zysten der Epididymis (Cysts of the Epididymis), von Ogier Ward. (Lancet, Nr. 5172, S. 807.) Die zystische Degeneration der Epididymis ist eine häufige Erkrankung, ihre Pathologie ist unklar. Sie tritt besonders im höheren Alter auf, der Durchschnitt aller beobachteten Fälle war 55 Jahre. Oft sind beide Seiten ergriffen. Die Exzision ist angezeigt, wenn die Punktion nur für kurze Zeit Entlastung schafft.
R. Erichsohn-Kiel.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über Steinerkrankungen der Harnwege, von F. Voelcker-Halle. (D. m. W., 1922, Nr. 52, S. 1721—1723.) Verf. bespricht die Entstehung und Form der Steine, die Diagnose und Therapie der Blasen- und Nierensteine. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. F. Harry-Wiesbaden.

Ureterstriktur, ein wichtiger ätiologischer Faktor bei den sogenannten essentiellen Harnblutungen (Ureteral Stricture: an Important Etiologic Factor in the So-Called Essential Hematurias), von G. L. Hunner-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 21, S. 1731—1739.) Verf., der über ein großes Material urologischer Fälle verfügt, weist an Hand von 18 Fällen sogenannter essentieller Hämaturie nach, daß diese durch eine Striktur bedingt war. Die Blutungen gingen zurück, nachdem die Strikturen erweitert waren. 15 Röntgenogramme enthält die Arbeit zur Erläuterung einzelner Fälle. Die von James Israel in seinem grundlegenden Werk über „Die chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten" aufgestellten Thesen betreffs der Nierenblutungen usw. werden vom Verf. bestätigt und durch seine eigenen Erfahrungen noch erweitert. F. Quasig-Hamburg.

Die zystische Erweiterung des vesikalen Ureterendes, von Max Baumann-Hannover. (M. m. W., 1923, Nr. 8, S. 240.) Kritische Betrachtungen im Anschluß an einen erfolgreich operierten Fall. A. v. Notthafft-München.

Eigenvakzine bei Pyelozystitis, von A. Adam-Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 29, S. 1084.) Ein einfaches Verfahren für die Praxis: 10 ccm Harn werden in sterilem Röhrchen aufgefangen und dieses steril abgeschlossen. 24—28 Stunden auf-

Digitized by Google

bewahren an gleichmäßig temperiertem Ort bei 20—37°. Zusatz von 5 Tropfen Chloroform und 0,5 ccm 5%iger Phenollösung. Durchschütteln. Nach 24 Stunden ist die Vakzine gebrauchsfähig. Aufschütteln des Bodensatzes vor Gebrauch und Abwarten des Wiedersinkens des Chloroform. Beginn der Einspritzungen mit 0,1, Steigerung um 0,1 bis zur Lokalreaktion von 2 cm Durchmesser. Gute Erfolge.

A. v. Notthafft-München.

Über den Wert der hohen Darmeinläufe bei akuter Kolipyelitis und Koliämie, von Arnold Sack-Heidelberg. (M. m. W., 1923, Nr. 6, S. 173.) Sack schreibt die rasche Rückbildung von rezidivierender Kolipyelitis, die bei dem erstmaligen Anfall auch mit schwerer Koliämie verbunden war, den täglich zweimal gemachten hohen Darmeinläufen zu. A. v. Notthafft-München.

Die Pyelographie, von J. Szabó-Budapest. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 2.) Statt der bisher üblichen Kontrastmittel, die eventuelle Schädigungen veranlassen, wendet der Verf. eine 20%ige Bromkalilösung zur Pyelographie an, die durchaus gefahrlos ist und keine schädlichen Nachwirkungen hinterläßt.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zur Frage der Hydronephrose bei infantiler Phimose, von Lily Raphaelson-Mainz. (Zschr. f. urolog. Chir., 1922, Bd. 11, H. 3/4, S. 122.) Verf. lehnt die angeborene Hydronephrose ab. Dieselbe wird in utero oder erst nach der Geburt erworben. Als Ursache einer solchen in jugendlichem Alter erworbenen Hydronephrose sieht Verf. die „infantile" Phimose an, da dieselbe den Abfluß behindert. An Hand von 7 Krankengeschichten, darunter 2 eigenen, zeigt Verf., daß eine Phimose eine schwere Schädigung der Blase bedingen kann, chronische Zystitis, die dann durch Harnstauung zu den schwersten Nierenschädigungen und endlich zur Niereninsuffizienz führen kann, sind doch in allen 7 Fällen die Kinder unter den Zeichen der Urämie, oder doch unter Anzeichen, die den Verdacht einer Urämie nahelegen, verstorben. In den meisten Fällen war die Phimose nicht, in den beiden eigenen Fällen jedoch schon Jahre vorher, operiert worden, ohne daß die schon schwer geschädigten oberen Harnwege zur Spontanausheilung gekommen wären. So empfiehlt Verf. nach einer Phimosenoperation stets eine eingehende Untersuchung der Blase und oberen Harnwege.

A. Rosenburg-Berlin.

Über eine hypoplastische und eine partielle Zystenniere, von Frida Schäfer, Path. Institut Heidelberg. (Frankf. Zschr. f. Path., 1921, Bd. 26, S. 128—155.) Ausführliche Beschreibung. Stellungnahme zur Frage der Genese der Zystennieren wie der Nierenentwicklungsgeschichte überhaupt. Die beiden bearbeiteten Fälle führen Verf. zu der Überzeugung, daß die dualistische Entwicklungslehre der Niere zu Recht besteht (Broman). Bei der Zystennierenbildung handelt es sich um eine Hypoplasie eines der beiden Anlagesysteme, deren Ungleichheiten in mannigfacher Variation im Verein mit mehr oder minder vollständiger Nachentwicklung für das Verständnis der verschiedenen Ausgestaltung der Zystennieren wesentlish sind. Gründliche und sehr kritische Berücksichtigung der Literatur. F. Jacobsohn-Berlin.

Die heutigen Methoden zur Erkennung des Funktionszustandes der intern kranken Niere, von Schlayer-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 105—108.) So wertvoll die Resultate der Untersuchung des Blutes auf Reststickstoff, Harnstoff und die Feststellung der Ambardschen Konstante sein können, so sind sie meist doch völlig entbehrlich, da sie nach der positiven und negativen Seite unzuverlässig sind. Dagegen erhalten wir rasch und zuverlässig Aufschluß über den Funktionszustand der Niere durch Bestimmung des spezifischen Gewichts und der Menge des innerhalb 24 Stunden ausgeschiedenen Harns, ferner durch die Volhardsche Methode der Verdünnungs- und Konzentrationsprüfung. Zur Vermeidung von Fehlerquellen von seiten extrarenaler Einflüsse wird die Einschaltung einer vom Verf. angegebenen Reizmahlzeit (Bohnenkaffee, Fleisch, Kochsalz) empfohlen, ferner quantitative Belastungsproben mit NaCl, Harnstoff und Diuretika. Aufgabe weiterer Forschungen wird es sein, mit Hilfe körperfremder Substanzen nach neuen Funktionsprüfungen zu suchen. F. Harry-Wiesbaden.

Die Bedeutung der funktionellen Nierendiagnose für den Chirurgen, von W. Peters-Bonn. (Bruns Beitr. zur klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 2.) Eine dauernde, bleibende Nierenfunktionsstörung bedeutet immer eine Einschränkung des Nierenparenchyms, sie sagt aber nichts über die Art der Erkrankung. Mangelnde Funktionsstörung ist nicht immer gleichbedeutend der Krankheit der Niere. Denn es gibt kranke Nieren, die normal funktionieren. Es gibt eine vorübergehende Störung, ja völliges Versagen, bei dem sogenannten Glaucoma renis, bei Steinen der Niere und des Ureters

Digitized by Google

— wahrscheinlich als Folge von Ischämie der Nierengefäße auf reflektorischer Basis. Durch zukünftige Forschung ist noch viel zu klären.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Ein Fall von Staphylokokkenausscheidung durch die Harnorgane geheilt nach Tonsillektomie, von R. Picker-Budapest. (Zschr. f. urolog. Chir., 1922, Bd. 11, H. 3/4, S. 86.) Verf. unterscheidet 4 Arten: 1. als diplokokkenhaltiger Ausfluß bei mitunter klarem Urin. Die Diplokokken sind größer als Gonokokken und grampositiv. 2. Als Phosphaturie ohne Beschwerden, wobei im ersten Urin sich oft feine Fäden finden können. 3. Als wechselnd klarer und phosphatischer Urin mit Ausscheidung von kleinen weißen sandartigen Körnchen, die aus Klumpen grampositiver Diplokokken bestehen und 4. als phosphatisch getrübter und reichlich eiterhaltiger Urin bei heftigem, meist gehäuftem Harndrang und Kitzeln in der Harnröhre, gefolgt von Ausstoßen dichter, weißer, schleimiger Membranen, sowie sandartiger Körnchen, wie oben. Diese Staphylokokkenerkrankung ist oft sehr hartnäckig, Blasenwaschungen und Nierenbeckenspülungen hatten oft keinen Erfolg. So sah Verf. in zwei solchen Fällen, in denen eine alte Tonsillenerkrankung bestand, die als primärer Eiterherd angesehen werden mußte, nach der Tonsillektomie schnelle Heilung. Verf. empfiehlt bei anamnestisch noch so geringfügiger Tonsillenerkrankung bei hartnäckigen Niereneiterungen die Tonsillektomie vorzunehmen.

A. Rosenburg-Berlin.

Bakteriensteine im Nierenbecken und ihre Entstehung, von Ernst Lauda, Path. Inst. Krankenh. Wieden, Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Bd. 27, S. 263 bis 275.) Bei einem 23jähr., an Lungentuberkulose gestorbenen Mädchen fanden sich bei der Sektion neben tuberkulösen Prozessen in anderen Organen und chron. Zystitis und Ureteritis dextr. in der rechten Niere 11 dicht aneinander gelagerte Konkremente, die im erweiterten Nierenbecken in den Calyces lagen. Pyonephrom mit weitgehendem Parenchymschwund (Urin intra vitam außer Bakteriurie o. B.). Die Konkremente ließen einen lamellösen Bau erkennen, der in der Hauptsache aus Gramstäbchen und Gram + Kokken bestand, zu einem kleineren Teile aus einem netzartigen Gerüst degenerierter Zellen und phosphor- und kohlensaurem Kalk. Nach Ansicht von L. entstehen solche Bakteriensteine durch entzündliche Veränderungen des Nierenbeckens in Analogie mit pathologischen Produkten in anderen Organen (z. B. Myxoglobuline in der entzündet gewesenen Appendix, multiple Kugelbildung in Mundbodenzysten u. a.).

F. Jacobsohn-Berlin.

Vollständige Anurie infolge einer Sublimatspülung; Heilung nach doppelseitiger Nieren-Dekapsulation (Complete Anuria Following a Mercuric Chloride Douche; Recovery after Bilateral Renal Decapsulation), von G. W. Outerbridge-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 2, S. 102.) Die 38jähr. Pat. machte sich zur Herbeiführung einer Frühgeburt eine Spülung mit einer geringen Menge einer mäßig starken Sublimatlösung (1 : 250); unmittelbar darauf traten heftiges Brennen in der Scheide, Erbrechen und Diarrhoe, weiterhin ausgesprochene Erscheinungen tiefgehender Toxämie, die sowohl Nieren, Magen-, Darm- und hämatopoetische Organe betraf, auf. Als besondere Erscheinung der ersteren ist eine vollständige Anurie zu nennen, die unter tiefster Prostration etwa 52 Stunden anhielt; es war während dieser ganzen Zeit weder spontan noch mittels Katheters Urin entleert worden. Es wurde nun die Dekapsulation beider Nieren vorgenommen, und die folgende Nacht nach der Operation konnte Patientin bereits willkürlich Urin entleeren, die Besserung schritt allmählich fort, und es trat schließlich, wenn auch noch durch manche bedrohliche Zwischenfälle in Frage gestellt und nach mehr wie 7monatlicher Behandlung, vollständige Heilung sowohl der Harn- wie übrigen Komplikationen ein.

M. Stern-München.

Ein Beitrag zur Therapie der Reflexanurie, von Karl Neuwirt-Prag. (Zschr. f. urol. Chir., 1922, Bd. 11, H. 3/4, S. 75.) Die Reflexanurie kommt nur in etwa 2% der Fälle von Nierensteineinklemmung vor (Israel), und zwar nimmt Hammesfahr an, daß zur Entstehung einer Reflexanurie eine besonders gesteigerte reflektorische Reizbarkeit der Niere schon vorhanden sein muß. Heute steht fest, daß der Vagus der sekretorische Nerv der Niere ist, während der Splanchnikus die Sekretion in gereiztem Zustande hemmt; jedoch hat die Niere in ihrer Funktion eine große Selbständigkeit, dergestalt, daß die ganz entnervte Niere ihre Funktion noch lange ausüben kann, und daß Tiere mit einer transplantierten oder reimplantierten Niere noch lange am Leben bleiben (Lohenhofer und Quincky). So müssen wir annehmen, daß die Blutzirkulation allein schon zur Erhaltung der Ausscheidungsfähigkeit genügt, während dem

Digitized by Google

Nervensystem mehr die Regulierung und feinere Einstellung entsprechend den Bedürfnissen des Organismus obliegt. Der Splanchnikus ist also der vasomotorische Nerv der Niere, er innerviert die glatte Muskulatur des Nierenbeckens, und ihm fällt eine wichtige Rolle bei der Ermittlung der schmerzhaften Empfindungen der Niere zu. Die reflektorische Anurie wird durch eine reflektorische Kontraktion der Gefäße bedingt, die durch reflektorische Reizung der vasomotorischen Nervenfasern, die im Splanchnikus verlaufen, entsteht. Solche reflektorische Einflüsse sind z. B. Hautabkühlungen, die eine verminderte Harnsekretion zur Folge haben, ebenso direkte Reizung des Ischiadikus, Reizung des Ureters; hier kann sogar vollkommene Anurie eintreten. Auf dieser Grundlage beruhen auch die vollkommene Einstellung der Funktion bei Steineinklemmung im Ureter, bei Umbiegung, Kompression und Druck auf den Ureter, ja in seltenen Fällen kann sogar schon eine Hydronephrose, tuberkulöse Granulome oder Geschwulstmetastasen, die das Nierenbecken einengen, auf dieser Grundlage (ureterorenaler Reflex) zur Anurie führen. Verf. hat nun feststellen können, daß eine Anästhesie des Splanchnikus, die den Reflexbogen unterbricht, auch die Entstehung des Reflexes verhindert. Versuche mit der Lumbalanästhesie hatten deshalb keinen Erfolg im Sinne der Polyurie, weil die Gefäße der ganzen unteren Körperhälfte erweitert werden und dadurch infolge der Herabsetzung des Blutdrucks es nicht zu Polyurie, sondern meist sogar zu einer Verminderung der Harnmenge kam. Da für die paravertebrale Wurzelanästhesie dieselben Voraussetzungen wie für die Lumbalanästhesie bestehen, wandte Verf. die Splanchnikusanästhesie nach Kappis an. Der Erfolg war ein vollständiger, indem die Schmerzen wichen und die Oligurie einer Polyurie Platz machte, und zwar wie eine zystoskopische Untersuchung zeigte, sezernierten jetzt beide Nieren. Verf. empfiehlt weitere Beobachtungen in dieser Richtung. A. Rosenburg-Berlin.

Über die intravenöse Anwendung 40%iger Urotropinlösungen zur Verhütung der postoperativen Infektion der Harnwege und Beseitigung der postoperativen Harnverhaltung, von Peter Goetz-Hof i. B. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 8, S. 323—328.) Verf. gab in 50 Fällen nach gynäkologischen und geburtshilflichen Eingriffen prophylaktisch 5 ccm einer 40%igen Urotropinlösung intravenös, um eine postoperative Harnverhaltung zu vermeiden. In 45 Fällen trat der Erfolg nach einer einzigen Injektion ein, in den übrigen Fällen mußte die Einspritzung noch 1—2mal wiederholt werden. Bei 2 Kranken trat trotz der Injektion eine Zystitis auf. F. Landauer-Berlin.

Unsere Erfahrungen mit Neohexal, von Eugen Schauke-Stuttgart. (M. m. W., 1923, Nr. 8, S. 245.) Neohexal wirkte stärker auf Urinmenge, zystitische Beschwerden und Urinbeschaffenheit ein als Hexamethylentetramin und Hexal. Auch bei fieberhaften Adnexerkrankungen wurde es vorteilhaft verwendet.
A. v. Notthafft-München.

Eine sehr einfache Methode der Untersuchung des Harns auf Eiweiß, von Paul Kaufmann-Cassel. (D. m. W., 1923, Nr. 6, S. 190.) Man setzt zu klarem Urin $^1/_{10}$ Formalin hinzu, verschließt das Reagenzglas mit Watte und schüttelt es mehrmals. Ist Eiweiß vorhanden, so tritt spätestens innerhalb 24 Stunden eine Trübung auf. Bei alkalischem Harn ist das Resultat der Probe unsicher. F. Harry-Wiesbaden.

e. Weibliches Genitale.

Blasenvorfall durch die Harnröhre, von Klauser-Koburg. (M. m. W., 1923, Nr. 37, S. 1344.) Eigentlich ein Vorfall einer Zyste. Diese wurde reponiert, starb aber dann infolge der 5 Tage langen Einschnürungen in der Blase selbst brandig ab.
A. v. Notthafft-München.

Inversion der Harnblase bei Carcinoma uteri et vaginae, von Fritz Haub-Wiesbaden. (M. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1254.) A. v. Notthafft-München.

Zur Genese und Therapie des weiblichen Genitalfluors, von Walter Bigler-St. Gallen. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 49/50, S. 1193—1198.) Gegenstand der Besprechung ist nur der unspezifische (nicht auf spezifischen Infektionen oder Geschwulstbildungen im Bereiche der äußeren oder inneren Geschlechtsorgane beruhende) Fluor, den man mit dem mehr oder großen bakteriologischen Reinheitsgrade der Vaginalflora in Zusammenhang brachte. Doch muß noch ein anderes Moment hinzukommen und der unspezifische vaginale Fluor als das reaktiv entzündliche Produkt einer irgendwie disponierten Scheidenwand auf infektiös-toxische Einwirkungen von seiten einer abnormen Vaginalflora aufgefaßt werden. Dabei handelt es sich um die äußere Projektion inneren Geschehens, z. B. inkretorischer Störungen, jedoch nicht ausschließlich der Ovarien,

Digitized by Google

sondern dieser im Rahmen der im allgemeinen anzunehmenden polyglandulären. Ferner bestehen Beziehungen zu akuten und chronisch-infektiösen Zuständen, besonders der Tuberkulose, auf die bei Virgines stets genau zu fahnden ist. Ferner Beziehungen zu Erkrankungen des hämopoetischen Apparates und zu Stoffwechselanomalien und zu den eigentlichen Konstitutionsanomalien (Infantilismus, Status hypoplasticus, lymphaticus, Asthenie). Diese endogen konstitutionellen Momente kommen auch für die Kraft des Selbstschutzes der Scheide gegenüber Fremdkeimen in Betracht. Ein solcher Selbstschutz der Scheide ist gebunden an eine bestimmte Beschaffenheit des Substrates; dabei scheint dem in den Vaginalepithelien gespeicherten Glykogen eine gewisse Rolle zuzukommen, aus dem normalerweise Milchsäure gebildet wird, die das der normalen Vaginalflora notwendige saure Milieu schafft, womit andererseits die dieses nicht vertragenden Keime ferngehalten werden. Zu den endogenen Momenten kommt die spontane Keimwanderung von außen, besonders vom Darm, die innerhalb gewisser Grenzen normal ist. Bei dem zervikalen Fluor gehen die bakteriell ausgelösten Formen aus dem vaginalen hervor, außerdem gibt es hiervon unabhängige Formen bei Frauen mit Stigmatisierung im vegetativen Nervensystem (basedowoide Symptome), die in ihrer Mehrzahl in das klinische Bild der Vagotonie gehören; die vagotonischen und vielleicht auch psychoneurotischen Einschläge sind dabei Teilbeträge der allgemeinen Neuropathie. Eine eigenartige Reaktionsbereitschaft der Zervikalschleimhaut muß aber noch hinzukommen. Funktionsanomalien der Ovarien beanspruchen nicht die ihnen vielfach zugeschriebene überragende Stellung, sie stellen nur eine unter vielen und keine obligate Bedingung dar. Ihre im Rahmen einer pluriglandulären Erkrankung in Erscheinung tretende Funktionsstörung ist ebenso wie die Neuropathie eine Manifestation der bei der Genese des vaginalen Fluors erwähnten Konstitutionsanomalien. Therapeutisch können natürlich mit Rücksicht auf die wesentlichen endogenen Faktoren ausschließlich äußere Maßnahmen nicht zum Ziele führen. Der Gedanke der Organotherapie liegt nahe, und es sind auch in einzelnen Fällen gute Erfolge mit Ovarialpräparaten erzielt worden, weniger im Sinne einer spezifischen als einer unspezifischen Reiztherapie. Von lokalen außerdem anzuwendenden Maßnahmen kommen die sonst üblichen (desinfizierende Spülungen, Ichthyoltampons, Trockenbehandlung) nicht in Betracht, da es sich nicht um die Wiederherstellung einer Sterilität der Vagina, sondern um die Erzielung einer die Scheidenfunktion garantierenden normalen Vaginalflora handelt. Dem dienen Kochsalz- und Milchsäureirrigationen, vielleicht auch die Bazillosantherapie (Gemisch von Milchzucker und Milchsäurebazillen). Auch bei dem infektiösen unspezifischen Zervikalfluor ist von adstringierenden und desinfizierenden Ätzungen der Zervikalschleimhaut nicht viel zu erwarten. E. Levin-Berlin.

Die Lokalanästhesie des Uterus (L'anaesthesie régionale de l'uterus), von G. Cottes-Lyon. (Presse med., 1923, Nr. 4, S. 33.) Auf Grund anatomischer Untersuchungen haben Latanjet und Rochat die Vermutung ausgesprochen, daß es möglich sein werde, durch Injektionen ins Ligamentum latum Anästhesie hervorzubringen; und Pauchet, Sourdot und Lobat haben in ihrem Werke über Lokalanästhesie diesen Gedanken weiter ausgebaut. C. hat bisher 14 Fälle beobachtet, bei denen er gynäkologische Eingriffe, namentlich Auskratzungen des Uterus, aber auch gelegentliche ernstere Eingriffe sehr erfolgreich und schmerzlos nach Injektion von 30—40 ccm einer 1%igen Novokainlösung in die Basis der Ligg. sacro-uterina bzw. auf beiden Seiten in den Isthmus uterinus ausgeführt hat. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Milzbestrahlungen bei gynäkologischen Blutungen, von Ludwig Nürnberger-Hamburg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 1, S. 19—24.) Unter 25 Fällen von gynäkologischen Blutungen aus verschiedener Ursache wurde 18mal ein Erfolg erzielt durch Bestrahlung der Milzgegend. F. Landauer-Berlin.

Einige Beobachtungen über die Wirkung des Thelygans, von M. N. Lapinsky-Agram. (M. Kl., 1922, Nr. 46, S. 1467.) Dysmenorrhoe mit den üblichen Komplikationen — Leib- und Kreuzschmerzen —, Seborrhoea capitis et faciei und dysmenorrhoische Erscheinungen, Acne vulgaris usw. werden durch Thelygan schnell beeinflußt. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Vier Jahre weiterer Erfahrungen mit Testogan und Thelygan, von J. Bloch-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 5, S. 145—146.) Das Testogan ist nicht nur zur Behebung der Impotenz, sondern auch für sonstige neurasthenische Schwächezustände vorzüglich wirksam. Die Behandlung muß oft längere Zeit, mindestens mehrere Monate lang, fortgesetzt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Rektum und Anus.

Zur konservativen Behandlung der Hämorrhoiden in der Praxis, von Erwin Cohnreich. (Ther. d. Gegenw., 1923, H. 2, S. 79—80.) Die mit schweren proktitischen Komplikationen verbundenen Hämorrhoiden überläßt Verf. dem Chirurgen. Abgesehen von diesen Fällen bewährten sich ihm bei den oberhalb des Spinkters gelegenen submukösen inneren Knoten Bleibeklysmen mit 10%iger Chlorkalziumlösung infolge ihrer Eigenschaft lokal zu adstringieren und exsudathemmend zu wirken. Bei den im Bereich des Sphinkters gelegenen intermediären und den außerhalb des Schließmuskels befindlichen subkutanen äußeren Hämorrhoiden ist in erster Linie auf die Komplikationen zu achten, Fissuren mit Ichthyol zu pinseln, intertriginöse juckende Ekzeme mit 3—5%iger Arg.-nitr.-Lösung, Oxyuren energisch zu bekämpfen. Zur Salbenbehandlung, die in keinem Falle entbehrlich ist, hat sich das Präparat „Hädensa" (Chem. pharm. Fabrik Berlin-Lichterfelde), eine Menthol-Anthrasol-Hg-Arg.-nitr.-Salbe, als sehr brauchbares, anästhesierendes, antiparasitäres und epithelisierendes Gleitmittel bewährt. Zur Lokalbehandlung müssen diätetische und hygienische Maßnahmen treten.

G. Aßmann-Barmen.

Über die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden, von J. Boas-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 24, S. 753—756.) Als Injektionsmittel für diese Behandlung benutzt B. den ungefährlichen Alkohol (96%ig). Am geeignetsten für diese Methode sind die intrarektalen Knoten mit starken Blutungen oder Prolaps. Für die Injektion müssen diese inneren Knoten nach außen verlagert werden, dies geschieht mittels Bierscher Stauung mit einem Saugnapf. Nach 10—20 Min. Stauung sind die Knoten alle nach außen in den Saugnapf getreten, und man kann sich über Lage und Größe der Knoten orientieren. Nachdem der Saugnapf entfernt ist, werden die Knoten schnell reponiert, falls sie nicht spontan zurückgehen. Bei stärkerer Blutung wird eine Injektion von Calc. chlorat. (10 : 200) von 10 ccm rektal gegeben. Man injiziert in die Kuppe jedes Knotens 10—20 Tropfen des 96%igen Alkohols. Am besten feine, gut von Alkoholspuren (Nekrose der Schleimhaut!) gereinigte Kanüle. Gehen die Knoten vor Beendigung der Injektionen spontan zurück, so läßt man den Pat. stark pressen und fixiert den Knoten mit einer Zange. Die Reponierung muß möglichst schnell geschehen, man schiebt am besten mit flüssigem Paraffin die Knoten so hoch wie möglich ins Rektum hinauf. Am 4.—5. Tage — bis dahin Bettruhe — wird durch Laxantien Stuhlgang erzielt, der meist schon fast schmerzfrei ist. Die Heilung erfolgt auf dem Wege der aseptischen Thrombose in etwa 8 Tagen. In sehr wenigen Fällen, besonders bei Sitz des Knotens dicht über dem Anus, verfällt der Knoten der Gangrän und wird langsam abgestoßen. Die Heilung ist dann zwar nicht schmerzfrei, erfolgt auch erst in etwa 2—3 Wochen, aber auch stets ohne ernstere Komplikationen. Die Gefahr einer Embolie hält Verf. bei dieser Operationsmethode für gering, beobachtet hat er sie nie. Die Zirkulation im Plexus haemorrhoidalis ist träge, aber keinesfalls darf die Thrombenbildung durch zu frühes Aufstehen des Pat., vor dem 4.—5. Tag, gestört werden. Verf. beobachtete unter 130 Fällen 6mal Rezidive. Wenn es auch sicher eine Reihe von Fällen gibt, für die nur eine Radikaloperation in Frage kommt, so sollte in den Fällen von intrarektalen Knoten mit Prolaps oder Blutung diese viel einfachere und gefahrlose Methode der Alkoholinjektion vorgenommen werden, besonders da dabei die der Radikaloperation anhaftenden Mängel von nachfolgender Sphinktersklerose oder -parese nie auftreten.

A. de Lemos-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. William Allen Pusey, früher Professor der Dermatologie an der University of Illinois School of Medicine in Chicago, wurde zum Präsidenten der American Medical Association gewählt.

Habilitiert: Dr. H. W. Siemens und Dr. Wirz, Assistenten der dermatologischen Klinik in München.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. August 1923 | Nr. 34 | Band 77

Aus dem pathologischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck.

Über einen rasch tödlich verlaufenden Fall von Maul- und Klauenseuche beim Menschen.

Von

Th. Fahr.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Maul- und Klauenseuche, die unter unseren Rindviehbeständen in den letzten Jahren bekanntlich wieder in schweren Epidemien aufgetreten ist, kann beim Menschen zum Glück als ein seltenes Vorkommnis bezeichnet werden, ein so seltenes, daß die Mitteilung eines Falles, bei dem ich diese Diagnose glaubte stellen zu dürfen, wohl berechtigt erscheint. Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Wilhelm B., 8 Jahre alt, ist der Sohn eines Schlachters, der nach den Aussagen der Eltern immer gesund und kräftig war und noch keine Kinderkrankheiten durchgemacht hat. Er spielte mit Vorliebe auf den Schiffen im Freihafen, und dort scheint er sich die Erkrankung, der er zum Opfer fiel, aufgelesen zu haben. Das Kind klagte am 5. April dieses Jahres zuerst über Kopfschmerzen und legte sich den übernächsten Tag mit Fieber und Halsschmerzen zu Bett. Am 8. April traten rote Flecken an der Haut auf, so daß die Mutter zunächst an Masern dachte, weiterhin entwickelte sich eine sehr schwere Stomatitis, die Schleimhaut, auch an den Lippen, blutete, dazu gesellte sich eine schwere Konjunktivitis und Blepharitis, die Augen verklebten völlig, die Flecken an der Haut wurden dunkelblau, und die Haut fing an, sich von der Unterlage abzuheben, der Allgemeinzustand verschlechterte sich zusehends, und am 10. April brachten die Eltern das Kind ins Krankenhaus. Bei der Einlieferung war der kleine Patient schon somnolent, die Haut dicht besät mit roten Flecken, am dichtesten am Hals, sie sitzen in der Epidermis, und diese hebt sich in großen und kleinen Blasen von der Unterhaut ab, beim Abreiben der Haut mit Alkohol zwecks Exzision eines kleinen Stückchens geht die ganze Haut weg; man kann das Kind nirgends anfassen, ohne ihm die Haut abzuziehen; außerdem besteht eine schwere eitrig-gangränöse Stomatitis mit starkem Foetor ex ore. Über den Lungen hört man lautes Rasseln. In den Abstrichen aus Mund und Nase finden sich Streptokokken, Widal negativ, Blutkultur steril, Weil-Felix negativ. Am Tag nach der Aufnahme trat der Exitus ein.

Bei der Sektion fand sich eine schwere Stomatitis neben Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis und Bronchopneumonie. Am meisten fielen aber auch bei der Sektion die Hautveränderungen auf. Wo man das Kind anfaßte, ging die mit rötlichen Flecken besäte Epidermis von der Unterlage ab, an Fingern und Zehen lösten sich dabei gleichzeitig die Nägel, man konnte hier die Haut mitsamt den Nägeln abziehen wie einen Handschuh, ein Verhalten, wie es mir bis dahin nur bei der sogenannten Waschhaut der Wasserleichen geläufig war; vielfach hatte sich die Haut schon spontan abgehoben und hing in Fetzen davon; an den Stellen mit starker Hornschicht, namentlich an den Fußsohlen hatte sich zwischen Epidermis und Kutis eine so große Flüssigkeitsmenge angesammelt, daß man mühelos mit der Spritze einige Kubikzentimeter der leicht getrübten, gelblichen Flüssigkeit absaugen konnte.

Digitized by Google

Daß es sich bei dem Fall um eine schwere Infektionskrankheit handeln mußte, war klar, zu einer bestimmten Diagnose kam aber weder der Kliniker (Prof. Reiche) noch der Dermatologe (Prof. Hahn) noch ich selbst. Ich verzichte darauf, alles das aufzuzählen, was es nach unserer Ansicht auf Grund der klinischen Erscheinungen und der sonstigen Untersuchungen nicht sein konnte. Wir machten unser Urteil von dem Ergebnis der noch vorzunehmenden histologischen und bakteriologischen Untersuchungen abhängig, erwogen aber schon auf Grund der schweren Stomatitis die Möglichkeit, ob nicht eine Maul- und Klauenseuche vorliegen könnte.

Daß die Maul- und Klauenseuche gelegentlich auf den Menschen übertragen wird, ist bekannt, doch ist die Literatur darüber offenbar recht spärlich, und in den gangbaren Hand- und Lehrbüchern findet sich keine Beschreibung eines pathologisch-anatomischen Gesamtbildes beim Menschen, die zur Unterlage bei der Diagnosenstellung dienen könnte.

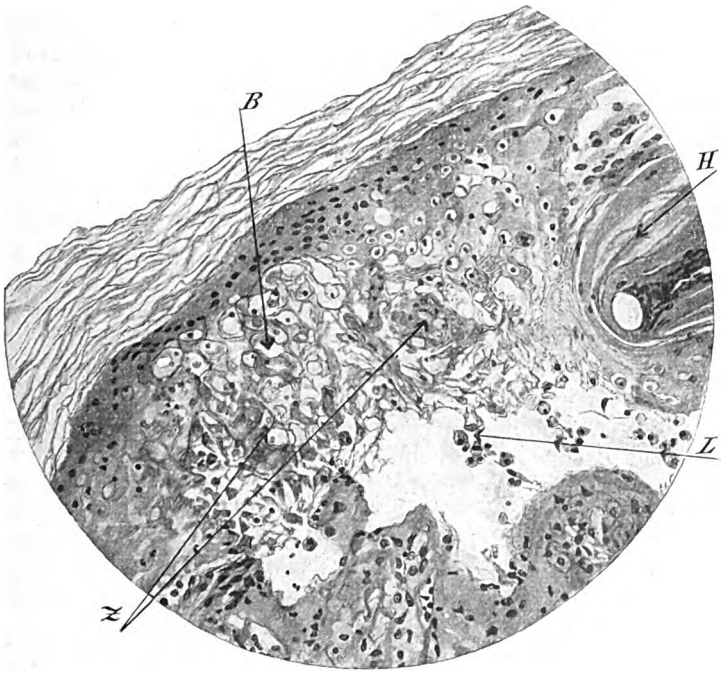
Beim Tier wissen wir durch die Untersuchungen von Joest und Mönckeberg, daß im Herzen recht charakteristische Veränderungen vorkommen, herdförmige Degenerationen in Form von körnig-scholligem Zerfall mit und ohne Verfettung, kombiniert mit zelliger Infiltration; ich wandte infolgedessen meine Aufmerksamkeit besonders dem Herzen zu, doch fand ich hier weder makroskopisch die beim Tier vorhandene Fleckung noch die von Joest und Mönckeberg beschriebenen histologischen Veränderungen; doch ließen sich am Herzen pathologische Befunde anderer Art feststellen, es bestand ein Ödem, die Muskelfasern waren überall, an manchen Stellen sehr erheblich, auseinandergedrängt, man sieht in den Zwischenräumen bei der Hämatoxylin-Eosinfärbung blaßblau gefärbtes geronnenes Serum, manchmal in dichter Masse, anderswo nur angedeutet. Die Muskulatur ist sonst morphologisch unverändert. Auf Grund dieses Herzbefundes glaubte ich zunächst die Diagnose Maul- und Klauenseuche fallen lassen zu sollen und erwog die Möglichkeit, ob es sich vielleicht um eine akute Leukämie handeln könnte, an die klinisch wegen Vermehrung der weißen Blutkörperchen (26000) und des Auftretens zahlreicher Jugendformen gedacht worden war und bei der das Vorkommen einer Stomatitis ja bekanntlich etwas geläufiger ist. Die Untersuchumg der Milz und Lymphdrüsen sprach aber durchaus gegen diese Annahme — das Einzige, was bei der Untersuchung des hämatopoetischen Systems auffiel, war ein großer Reichtum des Knochenmarkes an Riesenzellen — und die Hautveränderungen sind, wie wir gleich sehen werden, grundsätzlich anderer Art wie die Hautblutungen bei der hämorrhagischen Diathese der akuten Leukämie.

Auf diese Hautveränderungen, die ein mir bis dahin ganz unbekanntes Bild darboten, muß ich nun etwas eingehen.

Die Hornschicht der Epidermis erwies sich, was die Kohärenz anlangt, intakt, in den obersten Schichten des Stratum germinativum unter den bereits kernlosen verhornten Lamellen findet sich vielfach eine Verdichtung des Gewebes durch Schrumpfung des Protoplasmas mit starker Hyalinisierung und dichter Lagerung der kleiner werdenden Kerne. Die hyalinisierten Partien heben sich durch hellrote Farbe (Hämatoxylin-Eosinfärbung) sehr deutlich ab von dem bläulich-lila Ton des Protoplasmas an der noch einigermaßen intakten Haut. Die dichte Lagerung der Kerne imponiert als Kernvermehrung, an manchen Stellen hat man bestimmt den Eindruck

Digitized by Google

einer wirklichen Zunahme der Zellzahl, die ich mir in der Weise zu erklären versucht habe, daß es zu einer überstürzten Reifung der Zellen im Stratum germinativum kommt; die Zellen fallen aber gleich wieder degenerativen Prozessen zum Opfer, die in zwei Formen ablaufen. Die eine langsamere führt zu der eben besprochenen Hyalinisierung, die den Kern noch längere Zeit, wenn auch in mehr oder minder pyknotischem Zustand, bestehen läßt, die andere führt rascher zum Zelluntergang, man findet einmal eine Auftreibung der Zellen, die man mit Unna als ballonierende Degeneration bezeichnen kann, es entsteht dadurch eine mit



Degenerative Veränderungen in der Epidermis mit Abhebung der Epidermis von der Kutis.

B = ballonierende Degeneration; Z = klumpiger und krümeliger Zerfall der Epidermiszellen; H = Verbreiterung der Hornschicht und degenerative Veränderung im Stratum germinativum der Haarwurzel; L = leukozytoide Zellen zwischen Epidermis und Kutis.

Kernschwund einhergehende Verflüssigung und Bildung kleiner Höhlen; neben dieser Höhlenbildung findet sich anderswo ein klumpig-körniger Zerfall des Protoplasmas unter Kernschwund; das Hautpigment bleibt dabei erhalten, erscheint sogar vermehrt. Die pigmentführenden Zellen liegen hier nicht wie normalerweise in den tieferen Lagen des Stratum germinativum, es finden sich vielmehr an manchen Stellen in ganz auffälliger Weise pigmentführende Zellen auch in den höheren Lagen, wo sie bis dicht an das Stratum corneum heranreichen. Degenerieren die Epithelien, so bleibt das Pigment in kleinen Häufchen an Ort und Stelle liegen. Es ergibt sich daraus natürlich eine völlige unregelmäßige An-

Digitized by Google

ordnung des Pigments. Allmählich hebt sich die Epidermis von der Unterlage ab, für gewöhnlich erfolgt dies, wenn die degenerativen Veränderungen weit genug fortgeschritten sind, doch kann die Abhebung in verschieden weit ausgebildeten Stadien der Degeneration erfolgen, namentlich dann, wenn eine weniger stark veränderte Partie zwischen stärker degenerierten liegt, sie wird dann in die Abhebung mit einbezogen. Die abgehobene Epidermisdecke wird mehr und mehr völlig kernlos, das Protoplasma bekommt ein krümeliges Aussehen, manchmal bleibt die Ballonierung an der abgehobenen Schicht noch lange erkennbar, die Hornschicht hält trotz dieser fortschreitenden regressiven Metamorphose dauernd gut zusammen. Zwischen Epidermis und Kutis liegen in den allmählich entstehenden Zwischenräumen leukozytoide Zellen in spärlicher Zahl, die Kutis zeigt nur geringfügige perikapilläre Infiltrate. Sehr stark sind die Haarwurzeln in die Veränderung mit einbezogen, die Hornschicht ist stark verbreitert, das Stratum germinativum gequollen und hyalinisiert. In der Flüssigkeit, die sich zwischen Epidermis und Kutis angehäuft hat, lassen sich Streptokokken nachweisen.

Die sonstigen Befunde lassen sich kurz abtun. Die Rachenveränderungen bieten histologisch nichts besonders Charakteristisches; dort, wo die Schleimhaut bereits zerstört ist, wird die oberflächlichste Schicht von Fibrin und nekrotischen Massen gebildet, die von Kokken durchsetzt sind, darunter finden sich teils lockere, teils dichtere lympho- und leukozytäre Infiltrate. Diese Infiltrate werden im submukösen Gewebe auch an den Stellen angetroffen, die noch von Epithel überzogen sind, sie sind hier gelegentlich sogar besonders dicht. Im übrigen bestätigte sich die Diagnose Laryngitis, Bronchitis und Bronchopneumonie. Am meisten interessieren zweifellos die Veränderungen an der Haut. Ich vermochte sie zunächst nicht zu deuten und suchte zunächst vergeblich, Belehrung in den üblichen Lehr- und Handbüchern, bis mir die kürzlich erschienene Arbeit von Siedschlag in die Hände fiel, der die Maul- und Klauenseuche nach dem Vorgang von Waldmann auf Meerschweinchen übertragen und die dabei resultierenden Hautveränderungen eingehend studiert hat.

Diese Veränderungen sitzen nach seiner Beschreibung ebenfalls in der Epidermis, wo er sie als ballonierende und retikulierende Degeneration charakterisiert, weiterhin kommt es zur Verflüssigung der Zellen und Bildung interepithelialer Hohlräume, an den Kernen zu Karyolysis und Karyorrhexis. Das Stratum corneum wird von der Zerstörung nicht betroffen. Die Veränderungen decken sich also im Prinzip in weitgehendem Maße mit den in meinem Fall gemachten Beobachtungen. In einem Fall von Maul- und Klauenseuche bei einem 6jährigen Mädchen, den Nordheim beobachtet und in der Sitzung des Hamburger ärztlichen Vereins vom 30. November 1920 demonstriert hat, bestand ebenfalls ein über den ganzen Körper verbreiteter makulöser Hautausschlag, die Abhebung der Epidermis scheint dabei nicht so sehr in Erscheinung getreten zu sein. Die weitgehendsten Analogien mit unserem Fall bietet dagegen wieder eine Beobachtung, die Schossberger im Jahre 1917 als Maul- und Klauenseuche beim Menschen beschrieben hat. Es handelte sich dort um einen Kriegsteilnehmer, der mit starker Stomatitis und Ophthalmie — wie in unserem Falle — erkrankte und bei dem sich zahlreiche insektenstichartige

Digitized by Google

rote Flecke an der Haut entwickelten, die sich vergrößerten und weiterhin zur Abhebung und Blasenbildung der Epidermis führten; nach etwa 14tägiger Dauer der Erkrankung endigte der Fall tödlich. Angaben über histologische und bakteriologische Untersuchungen fehlen.

Von den Befunden Siedschlags und Schossbergers unterscheidet sich mein Fall nur quantitativ: durch den raschen Verlauf, die diffuse Ausbreitung der Hautveränderungen und die starke flüssige Exsudation unter der Epidermis.

Inwieweit dabei die Streptokokkenmischinfektion eine Rolle spielt (s. o.), wage ich nicht zu entscheiden.

Ziehe ich das Fazit aus meinen eigenen Untersuchungen und dem Vergleich meiner Untersuchungsresultate mit den Ergebnissen von Siedschlag und Schossberger, so muß ich natürlich zugeben, daß der exakte Beweis dafür, daß es sich in meinem Fall um Maul- und Klauenseuche gehandelt hat, nicht geführt werden kann. Das wäre nur möglich, wenn es gelänge, den Erreger nachzuweisen oder wenigstens mit den Krankheitsprodukten des Falles beim Tier wieder eine Maul- und Klauenseuche hervorzurufen. Der erste Weg ist bekanntlich einstweilen nicht gangbar, da der Erreger der Seuche nicht bekannt ist, das Experiment haben wir unterlassen, da mir die Möglichkeit der Übertragung aufs Meerschweinchen vor Kenntnis der Siedschlagschen Arbeit nicht geläufig war und die Übertragung auf eins der gewöhnlich von der Seuche befallenen Tiere, Rind usw., an den hohen Kosten scheiterte. Trotz dieser Lücke, die ja auch bei dem Fall von Schossberger bestand, halte ich mich auf Grund der weitgehenden Übereinstimmung mit den von Siedschlag bei seinen Experimenten an der Haut erzielten Veränderungen für berechtigt, hier eine Maul- und Klauenseuche anzunehmen, und auch den Fall von Schossberger wird man auf Grund der jetzt vorliegenden Erkenntnis mit noch größerer Bestimmtheit, als dies zur Zeit seiner Veröffentlichung möglich war, hierher rechnen können.

Literatur.

1. Joest, Zschr. f. Infkrkh., parasit. Krkh. u. Hygiene d. Haustiere, Bd. 10, H. 2 u. 3. — 2. Mönckeberg, Verhandl. d. deutsch. patholog. Ges., Straßburg 1912. — 3. Schossberger, D. m. W., 1917, Nr. 26. — 4. Siedschlag, Über die Histogenese der beim Meerschweinchen nach künstlicher Infektion mit Maul- und Klauenseuche-Virus. Inaug.-Diss., Leipzig-Dresden 1922.

Aus der Kinderklinik der Universität in Innsbruck (Vorstand: Prof. J. Loos).

Meinicke-Mikroreaktion.

Von

Dr. Paul Dohnal, Assistent.

Die Gewinnung hinreichender Blutmengen für die gebräuchlichen Seroreaktionen auf Syphilis stößt beim Kinde, insbesondere beim jungen Säugling, in vielen Fällen auf erhebliche Schwierigkeiten. Die Punktion der Venen der Ellenbeuge oder des Schädels gelingt auch dem Geübten nur in einem Teil der Fälle. Die übrigen vorgeschlagenen Wege (Fersenschnitte, Jugularvenenpunktion, Sinuspunktion) sind nur mit sicherer

Digitized by Google

Asepsis und verständiger Assistenz — also in der allgemeinen Praxis häufig überhaupt nicht — ausführbar und bei den oft so schwächlichen, zu Blutungen neigenden, luetischen Säuglingen teilweise nicht ungefährlich. Durch die angeführten Hindernisse wird, besonders für den praktischen Arzt, eine ausgedehnte Anwendung der diagnostisch so wertvollen Seroreaktionen beim Säugling, gelegentlich sogar beim Erwachsenen, erheblich behindert.

Es bestand daher schon lange das Verlangen nach einer Methode, welche gestattet, Seroreaktionen auf Syphilis mit einem Blutstropfen, welcher ja auch unter den schwierigsten äußeren Verhältnissen durch einen Nadelstich vom schwächsten Säugling leicht und gefahrlos zu gewinnen ist, durchzuführen. Schon vor Kriegsausbruch arbeitete, im Auftrage des Vorstandes der Klinik, Herr Dr. Streit in dieser Richtung unter Verwendung der WR. Der Krieg unterbrach die erfolgversprechende Arbeit. Nach demselben konnte sie aus äußeren Gründen nicht fortgesetzt werden. — Die außerordentlich einfache Technik der neuesten Modifikation der Reaktion von Meinicke (MTR) [D. m. W., 1923, S. 605] und die mit derselben erzielten, äußerst günstigen Resultate gaben den Anlaß zur Ausarbeitung einer Mikromethode für diese Reaktion.

Die höchst einfache Ausführung der Blutentnahme für dieselbe ist folgende: Ungefähr 10 cm lange und eine lichte Weite von etwa 0,4—0,8 mm besitzende, beiderseits offene Glaskapillaren werden durch Einfließenlassen von Blut aus einem Blutstropfen, der durch Finger- oder beim Säugling besser Zehenstich mit kleiner Lanzette eventuell Nadel gewonnen wird, bis auf ein ungefähr 1,5—2 cm langes Endstück, welches blutfrei bleiben muß, gefüllt. Luftblasen innerhalb der Blutsäule sind zu vermeiden. Von jedem Pat. werden am besten 3—5 Kapillaren auf die angegebene Weise gefüllt. Ihr blutfreies Ende wird, unter Vermeidung von Erhitzung des Blutes, an einer kleinen Flamme, z. B. der eines Zündhölzchens, zugeschmolzen, was äußerst rasch und leicht vonstatten geht. Das blutige Ende bleibt vorerst am besten offen und wird erst, wenn längere Aufbewahrung oder Versenden der Blutprobe nötig ist, nach einiger Zeit durch Eintauchen in das flüssige Paraffin einer brennenden Kerze verschlossen. Es ist gut, die Kapillaren bis zum Eintritt der Gerinnung horizontal liegen zu lassen.

Die Ausführung der Reaktion gestaltet sich folgendermaßen: Die Blutkapillaren werden im Bereiche der Blutsäule, nahe dem gegen das offene Kapillarende gerichtetem Ende derselben, mit einer Feile geritzt und abgebrochen. Mit dem abgebrochenen Kapillarende wird das an demselben haftende fadenförmige Blutgerinnsel aus jeder Kapillare vorsichtig herausgezogen und entfernt. Darauf werden die Kapillaren auf einer gewöhnlichen Handzentrifuge, nach Einstellen in Zentrifugengläschen, deren Boden mit etwas Watte bedeckt ist, durch 2—3 Minuten zentrifugiert. Eine Kapillare wird nun knapp oberhalb des Erythrozytensedimentes geritzt und abgebrochen. Ihr serumfreies Ende wird in den Trichter einer spitz-trichterförmig sich erweiternden Kapillarröhre, welche an ihrem anderen Ende einen Schlauch trägt, eingesteckt und an der Trichtermündung mit zwei Fingern festgehalten. Nun wird die Serumkapillare mit dem anderen, serumhaltigen Ende auf die Spitze einer, mit

Digitized by Google

dieser stark schräg nach oben gehaltenen, Mischpipette für Leukozytenzählung gesetzt. Leichtes Blasen am Schlauch der Trichterkapillare bringt nun das Serum der Kapillare auf die Spitze der Mischpipette. Es wird von selbst in die Pipettenkapillare, welche rein und trocken sein muß, eingesaugt. Ist der Teilstrich 0,2 an derselben erreicht, so ist die Serumfüllung beendet, die Serumkapillare wird entfernt und die Serumsäule in der Pipettenkapillare ein bis zwei Teilstriche nach rückwärts gesaugt. In gleicher Weise werden eine zweite und, falls die — übrigens völlig entbehrlichen — Formalinkontrollen gemacht werden sollen, noch zwei weitere Mischpipetten gefüllt.

Nun wird genau nach Meinickes Vorschrift (l. c.) die Verdünnung seines „dünnen" Balsamextraktes vorgenommen und vom fertiggestellten Reagens in die erste Mischpipette bis zum Teilstrich 1, der sich knapp vor der Pipettenkugel befindet, aufgesogen. Dabei geht das Serum, durch eine Luftblase vom Reagens getrennt, voran und tritt zuerst in die Pipettenkugel, in welche dann bei vertikaler Stellung der Pipette das Reagens nachgesogen wird. In analoger Weise wird in der zweiten Mischpipette mit „dichtem" Extrakt gearbeitet. Sollen die — überflüssigen — Formalinkontrollen gemacht werden, so saugt man an Stelle des Reagens zunächst einen halben Teilstrich 5 %igen Formalins mit dem Serum in die Kugel und läßt erst nach 10 Minuten die Extraktverdünnung folgen. Sind alle Extraktserummischungen hergestellt, so bläst man je einen Tropfen von ihnen auf einen sauberen Objektträger, bedeckt mit einem ebensolchen Deckglase und umrandet mit Hilfe eines in warme Vaseline getauchten Pinsels. Die Dicke der Flüssigkeitsschicht unter dem Deckglas soll nicht allzu gering sein. Sehr zu empfehlen ist auch folgendes Verfahren: Auf den Objektträger legt man ein mit Vaseline bestrichenes Frauenhaar, darauf ein Deckgläschen, so daß der Raum unter demselben durch das Haar etwa halbiert ist, erwärmt dann leicht, sichert eventuell an den zwei Stellen, wo das Haar den Raum unter dem Deckglas verläßt, mit je einem kleinen Vaselinetröpfchen und füllt nun die beiden durch das Haar getrennten Räume unter dem Deckglas, durch Zufließenlassen von der Seite, mit verschiedenen Reaktionsgemischen. Da die Flüssigkeitsschicht beiderseits neben dem Haar naturgemäß die gleiche, durch das Haar bestimmte Dicke hat, ermöglicht dieses einfache Verfahren einen exakten Vergleich der Bilder der verschiedenen Reaktionsgemische bei mikroskopischer Beobachtung, welche am besten im Dunkelfeld bei etwa 100 und 300facher, ausnahmsweise auch 600facher Vergrößerung erfolgt. Diese Dunkelfeldbeobachtung bietet äußerst charakteristische Bilder. Extraktverdünnung ohne Serum, Formalinkontrollen, negative Reaktion zeigen bei beiden Extrakten prinzipiell das gleiche Bild: zahllose, lebhaft tanzende, kokkenartige Kügelchen auf leicht milchigem Grund. Ich nenne dieselben im Anschluß an Jakobsthal, welcher schon vor langer Zeit das ähnliche, aber kompliziertere Bild verdünnter Wassermann-Extrakte beschrieb (Zschr. f. Immunitätsforschung 8, S. 107), Mikrosomen[1]). Die negative Reaktion zeigt also Mikrosomen, und

[1]) Später beschrieb Joel (Zschr. f. Immunitätsforschung 29) das Dunkelfeldbild einer älteren Modifikation der Meinicke-Reaktion, ohne jedoch daraus praktische Konsequenzen zu ziehen.

Digitized by Google

nur solche, auf milchigem Grund; sie macht deshalb, besonders mit der schwachen Vergrößerung, einen höchst gleichmäßigen Eindruck. Ganz anders die stark positive Reaktion. Hier zeigt schon die schwache Vergrößerung große, schneeflockenartige, bläulichweiße Gebilde auf pechschwarzem Grund, Mikrosomen fehlen. Zwischen diesen beiden extremen Bildern kommen naturgemäß Übergänge vor, welche die schwächeren Reaktionen charakterisieren: Kleinere, jedoch immer zahlreiche Flocken neben verschieden zahlreichen Mikrosomen. Selbst schwächste, makroskopisch nach MEINICKE (l. c.) nur als „verdächtig" zu klassifizierende Reaktionen, geben ein einwandfrei deutliches Bild: zahlreiche kleine, aus etwa 2—5 Mikrosomen zusammengesetzte Flocken neben sehr vielen Mikrosomen. Die soeben geschilderten Bilder bieten sich bei Beobachtung 1 Stunde nach Beginn der Reaktion, wie sie von MEINICKE (l. c.) vorgeschrieben wird. Natürlich kann jedoch wie bei der Makroreaktion auch bei der Mikroreaktion ein positiver Ausfall schon viel früher, ja sogar noch erheblich früher als bei der Makroreaktion, binnen ganz weniger Minuten, in vielen Fällen abgelesen werden. Jedoch möchte ich vorerst empfehlen, von MEINICKES Vorschrift: „Endgültige Ablesung nach 1 Stunde", nicht abzugehen.

Sehr viel weniger geeignet für die Ablesung der Reaktion ist die gewöhnliche mikroskopische Betrachtung im durchfallenden Lichte. Schwach positive Reaktionen werden schwerer erkannt und insbesondere — und das ist ein sehr wichtiger Nachteil — gibt die negative Reaktion, welche im Dunkelfeld so äußerst charakteristisch zur Anschauung kommt, im durchfallenden Lichte kein Bild: das Gesichtsfeld erscheint optisch leer.

Es erhebt sich die Frage, ob sich die schon an sich sehr einfache Mikroreaktion nicht noch weiter vereinfachen ließe, und das ist in der Tat der Fall. Daß sie die Formalinkontrolle der Makroreakton nicht braucht, ist nach Schilderung der mikroskopischen Bilder ohne weiteres klar. Ferner kann eventuell ohne Schaden auf das Zentrifugieren verzichtet werden, falls keine Zentrifuge zur Hand ist. Man läßt, nach Entfernung des Blutkoagulums auf die geschilderte Weise, in den Kapillaren die Erythrozyten sich absetzen. Die auch dann noch im überstehenden Serum vorhandenen Erythrozyten stören weder Ablauf noch mikroskopisches Bild der Reaktion. Endlich wird es vielleicht möglich sein, ohne Schaden auf die Anstellung der Reaktion mit dem dichten Extrakte zu verzichten, wonach nur mehr eine Mischpipette für die Reaktion nötig wäre. Ich selbst habe wenigstens bisher kein Luetikerserum auffinden können, welches nur mit dem dichten Extrakte mikroskopisch reagierte. MEINICKE zieht auch seinerseits (l. c.) dort, wo er die Bewertung der Resultate der Makroreaktionen bespricht, diese theoretisch zweifellos bestehende Möglichkeit, gar nicht in Betracht. Daß es jedoch umgekehrt, wie MEINICKE angibt, Luetikersera gibt, welche nach Ablauf 1 Stunde allein mit dem dünnen Extrakt Reaktion zeigen, ist auch mikroskopisch einwandfrei feststellbar. Soll also — prinzipiell möchte ich das noch nicht empfehlen — nur mit einem Extrakte gearbeitet werden, so ist der dünne zu wählen.

Digitized by Google

Die vorstehend angegebene Mikrotechnik ist, wenn es auch infolge der absichtlich ganz besonders ausführlich und genau gegebenen Beschreibung auf den ersten Blick so scheinen mag, nicht nennenswert komplizierter als die Meinickesche Makromethode. Sie ist derselben in allem Wesentlichen, insbesondere im Mischungsverhältnis Serum-Extraktverdünnung, genau nachgebildet.

An Neuanschaffungen macht sie nur die Blutentnahmekapillaren und das Kapillartrichterchen zum Ausblasen derselben nötig. Beides kann von jedem Glasbläser äußerst billig hergestellt werden[1]).

Für die Praxis liegt der Hauptvorteil dieses Verfahrens in der so äußerst einfachen Gewinnung der nötigen minimalen Blutmengen. Im äußersten Falle gelingt unter Verwendung eines Melangeurs für Erythrozyten, der ja eine engere Kapillare als der Leukozytenmelangeur besitzt, die Anstellung der Reaktion noch sicher mit ungefähr ein tausendstel Gramm Serum. Die leichte Verschließ- und Versendbarkeit der Kapillaren, welche wochenlang steril und für die Reaktion brauchbar bleiben, ist ein weiterer, praktisch recht erheblicher Vorteil. Die Möglichkeit, die Reaktion am Pat., eventuell auch an ganz kleinen Versuchstieren beliebig oft vorzunehmen, dürfte für den Theoretiker ein gewisses Interesse bieten.

Die Ablesung des Reaktionserfolges im Mikroskop bietet den Vorteil der Unabhängigkeit vom Tageslicht und exakterer Feststellung der „verdächtigen" Reaktionen. Die Frage der klinischen Wertigkeit der letzteren wird dadurch leichter zu lösen sein. Auf jeden Fall ist das Untersuchungsergebnis leicht völlig objektiv, auch photographisch, festlegbar.

Die Reinigungsarbeiten sind nach dem Mikroverfahren wesentlich geringer. Der geringere Extraktverbrauch bei demselben könnte bei der Billigkeit des Extraktes wohl nur bei Ausführung von Massenuntersuchungen erheblich ins Gewicht fallen.

Aus der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Greifswald
(Vorstand: Prof. W. Schönfeld).

Rückenmarksflüssigkeit und Auge bei Frühsyphilis.

Von

Dr. Paul Glemann, Assistent der Klinik.

Klinische Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems bei Frühsyphilis mit gleichzeitig nachweisbaren Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit oder auch jedes für sich allein können schon in den ersten Monaten nach der Ansteckung nicht gerade selten vorkommen. Das sind durch die Untersuchungen besonders des letzten Jahrzehnts genugsam bekannt gewordene Tatsachen.

Inwieweit nun spezifische Veränderungen an unseren einzelnen Sinnesorganen, so z. B. dem Auge, mit Veränderungen in der Rücken-

[1]) Die genannten Kapillaren werden übrigens in praktischer Verpackung ehetunlichst in den Handel gebracht.

Digitized by Google

marksflüssigkeit oder ohne solche auftreten können, bzw. inwieweit sie in einem Abhängigkeitsverhältnis voneinander stehen, darüber sind bisher die Mitteilungen bei Frühsyphilis recht spärlich.

Was besonders das Auge anlangt, so hat E. Lang schon 1881 — das war 10 Jahre vor der Einführung der Lumbalpunktion durch Quincke — in einem im Innsbrucker naturwissenschaftlich medizinischen Verein am 7. Februar gehaltenen Vortrage und ebenso in seiner „Pathologie und Therapie der Syphilis" Wert darauf gelegt, bei seiner „Meningealirritation bei beginnender Syphilis" auch die Zustände des Augenhintergrundes kennenzulernen und den damaligen Innsbrucker Ophthalmologen I. Schnabel zu entsprechenden Augenuntersuchungen veranlaßt.

Schnabel untersuchte eingehend 40 Syphilitiker, die wegen frischer Primäraffekte auf der syphilitischen Klinik behandelt wurden. 31 standen im Alter von 17—30, 9 im Alter von 30—40 Jahren. Keiner hatte über seine Augen zu klagen, und nur bei 19 war der Augenhintergrund normal; an 14 stellte Schnabel Netzhautreizung verschiedenen Grades fest, bei 7 entzündliche Vorgänge in Netz- oder Aderhaut oder in beiden.

Lang berichtet ferner, daß 6 Kranke mit „Meningealirritation" gleichzeitig Veränderungen am Augenhintergrund zeigten, bei 2 bestand „Meningealirritation" neben normalem Augenbefund, und bei 6 bzw. 8 waren „Störungen mit dem Ophthalmoskop festzustellen, ohne daß gleichzeitig oder im weiteren Verlauf Zeichen von Meningealirritationen aufgetreten wären". Über weitere Mitteilungen Langs zu dieser Frage habe ich nichts finden können.

Untersuchungen von anderer Seite aus späteren Jahren, die schon „Rückenmarksflüssigkeit und Auge" berücksichtigen, beschränken sich meist nur darauf, festzustellen, unter wieviel pathologischen Rückenmarksflüssigkeiten sich auch spezifische Veränderungen am Auge befinden. So berichtet z. B. Fuchs gemeinsam mit Stross bzw. Urbanek über 100 spezifische Augenbefunde unter 226 positiven Rückenmarksflüssigkeiten; bei normalem Befund im Liquor habe er nur selten syphilitische Augenerkrankungen gefunden.

Buschke und Sklarz sahen unter 152 Fällen von Hirnsyphilis 46 = 30,3% Optikuserkrankungen, in 10% (15 Fälle) eine isolierte Schädigung des nervösen Apparates, in diesem Zusammenhang sei vor allem auch des Igersheimerschen Buches „Syphilis und Auge" gedacht.

Um einen genaueren Einblick über die allgemeinen Beziehungen zwischen Rückenmarksflüssigkeit und Auge bei Frühsyphilis zu bekommen, haben wir unterschiedslos einmal unsere Zugänge an Frühsyphilis punktiert, zum andern dieselben in der hiesigen Universitäts-Augenklinik — wir sind der Augenklinik (Vorstand: Prof. Löhlein) zu großem Dank verpflichtet — auf Augenveränderungen untersuchen lassen.

Es ist ja selbstverständlich, daß sich derartige Fragen, die ein Grenzgebiet der Medizin betreffen, immer nur durch die enge Zusammenarbeit der in Betracht kommenden Kliniken lösen lassen werden. Sonst kann es in der Literatur, bedingt durch das verschiedenartige Material der Kliniken, zu durchaus entgegengesetzten, anscheinend unüberbrückbaren Ansichten kommen, wie wir es bei der Erkennung, Behandlung und Feststellung der Heilung des Trippers beim Weibe immer noch erleben.

Zur Untersuchung gelangten bisher 243 Fälle von Frühsyphilis.

Digitized by Google

Die Untersuchungen der Rückenmarksflüssigkeit erstreckten sich auf die Zellzahl, die Ammoniumsulfatprobe nach NONNE-APELT-SCHUMM, die Karbolsäureprobe nach PANDY, die WR bzw. SGR im Liquor.

Der Druck wurde auch immer gemessen, wir haben ihn aber, da wir von jeher auf dem Standpunkt standen, dem sich DREYFUSS u. a. angeschlossen, daß der Druck bei Frühsyphilis nicht verwertbar sei, hier nicht berücksichtigt.

Als verändert sahen wir eine Rückenmarksflüssigkeit an mit einer Zellzahl über 10 oder mit positiver Ammoniumsulfatprobe oder mit positiver WR, möchten diese Veränderungen nun allein oder zusammen vorgekommen sein. Eine positive Karbolsäureprobe allein wurde nicht als pathologisch angesehen, sondern nur dann, wenn sie gemeinschaftlich mit der Phase I vorhanden war.

Überblicken wir die gesamten Befunde, so finden sich in 88 Fällen = 36,2% Veränderungen an den Augen; Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit in 89 Fällen = 36,6%. Diese weitgehende Übereinstimmung der Zahlen ist natürlich nur rein zufällig.

Von den Augenveränderungen sind mit Sicherheit 77 Fälle = 31, 69% als nichtsyphilitisch anzusprechen. Diese sind hauptsächlich Myopie, Hyperopie, Astigmatismus, Refraktionsanomalien, Strabismus usw. Bei ihnen fanden sich Liquorveränderungen in 31 Fällen = 40,26%; sie bestanden bei 14 in Eiweißvermehrung, bei 5 in Zellvermehrung, bei 12 in Eiweiß- und Zellvermehrung. Sie dürften wohl mit den Veränderungen am Auge in keinen Zusammenhang zu bringen sein.

Von den Augenveränderungen sind mit Sicherheit 11 Fälle = 4,5% als syphilitisch anzusprechen, und zwar: 3 Iritiden (eine gemeinschaftlich mit Neuroretinitis), 1 Chorioiditis, 2 Papillitiden (davon 1 gemeinschaftlich mit einer Chorioiditis), 2 Fälle von Neuroretinitis und schließlich 3 Fälle von Neuritis. In 4 von diesen 11 Fällen war der Liquor verändert, und zwar fand sich bei einer Iritis eine Eiweiß- und Zellvermehrung, bei einem Fall von Papillitis mit Chorioiditis eine Eiweißvermehrung, bei je einer Neuroretinitis und Neuritis eine Eiweiß- und Zellvermehrung.

Naheliegend ist es, von diesen Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit wieder nur in jenen Fällen einen unmittelbaren Zusammenhang mit den Augenveränderungen anzunehmen, in denen die Augenerkrankungen besonders den nervösen Anteil betreffen, das wären also Fälle von Neuroretinitis und Neuritis.

Bei der Spätsyphilis ist es ja bekannt, daß derartige Veränderungen am Auge oft von Liquorveränderungen begleitet sind (BLATT, LÖHLEIN, IGERSHEIMER u. a.).

Ob wir nun jene Veränderungen wie Iritis, Chorioiditis, bei denen sich Liquorveränderungen fanden, in Beziehung zu den Liquorveränderungen setzen dürfen oder sie nur als nebengeordnet auffassen sollen, läßt sich noch nicht einwandfrei entscheiden.

Unserer Ansicht nach ist aber die einfachere, zwanglosere Erklärung in solchen Fällen, sie als zufälliges Nebeneinander aufzufassen, gleichsam beides als den Ausdruck einer schwereren Verlaufsform der Syphilis in gleicher Weise, wie wir nach der Ansicht von SCHÖNFELD auch das Auftreten von Leukoderm und Alopecia specifica mit Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit als nicht unmittelbar voneinander abhängig betrachten, sondern nebengeordnet, gewissermaßen ebenfalls als Ausdruck

Digitized by Google

einer schwer verlaufenden, besonders längere Zeit unbehandelt gebliebenen Syphilis.

Nach den einzelnen Syphilisstadien betrachtet verteilen sich unsere Befunde folgendermaßen:

Zur wassermann-negativen Primärsyphilis gehören 10 Kranke; in 3 Fällen = 30% fanden wir eine veränderte Rückenmarksflüssigkeit, und zwar war zweimal der Eiweißgehalt, einmal der Eiweiß- und Zellgehalt vermehrt. Spezifische Augenveränderungen waren nicht vorhanden.

Diese konnten wir ebensowenig bei 12 Kranken mit wassermann-positiver Syphilis I beobachten. In 4 Fällen = 33,3% fanden wir hier eine Eiweißvermehrung.

Zur Sekundärperiode mit Haut- und Schleimhauterscheinungen gehören 205 Kranke; in 37,6% (= 77 Fälle) bestand ein pathologischer Liquorbefund (35 Fälle mit Eiweiß-, 8 mit Zellvermehrung, 34 mit Eiweiß- und Zellvermehrung). Bei 10 Fällen = 4,9% wurden spezifische Augenerkrankungen festgestellt und nur bei 4 Fällen = 1,9% gleichzeitig ein pathologischer Liquor- und Augenbefund.

Von Kranken mit Syphilis latens wurden 16 Fälle untersucht. In 5 Fällen = 31,2% bestand ein positiver Liquorbefund (dreimal Eiweißvermehrung, einmal Zellvermehrung, einmal Eiweiß- und Zellvermehrung). Bei 1 Fall (6,25%) waren gleichzeitig Auge und Rückenmarksflüssigkeit spezifisch verändert (beginnende Neuritis).

Alles in allem sind echt syphilitische mit rein klinischen Untersuchungsmethoden nachweisbare Veränderungen am Auge bei Frühsyphilis und gleichzeitige Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit selten und nicht einmal mit einer gewissen Regelmäßigkeit dort anzutreffen, wo die Augenveränderungen eine klinisch nachweisbare Teilerscheinung einer bestehenden Hirnsyphilis darstellen, wie das bei einer Neuritis der Fall zu sein pflegt.

Zusammenfassung: 1. Auf Grund von systematischen gleichzeitigen Augen- und Liquoruntersuchungen bei 243 Syphiliskranken des Frühstadiums waren Veränderungen am Auge in 88 Fällen = 36,2% zu finden und Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit in 89 Fällen = 36,6% nachzuweisen. In 11 Fällen = 4,5% sind es spezifische Augenveränderungen, in 4 Fällen = 1,9% gleichzeitig spezifische Augen- und Liquorveränderungen.

2. Syphilitische Augenerkrankungen bei Frühsyphilis und gleichzeitig sich findende Veränderungen in der Rückenmarksflüssigkeit sind wohl nur dann in einen gewissen Zusammenhang zu bringen, wenn die Augenveränderungen den nervösen Anteil des Auges betreffen. Finden sich irgendwelche Veränderungen an den Augen häuften, wie Iritis und gleichzeitig Liquorveränderungen, so möchten wir sie nur als nebengeordnet, als Zeichen einer schwereren Verlaufsform der Syphilis auffassen, wie wir es beim Leukoderm und der Alopecia specifica gewohnt sind.

3. Die bei klinischer Untersuchung bei der Frühsyphilis sich findenden spezifischen Veränderungen am Auge scheinen

Digitized by Google

in seltenen Fällen von Veränderungen der Rückenmarksflüssigkeit begleitet zu sein und nicht einmal dann regelmäßig, wenn die nervösen Anteile des Auges betroffen sind.

Literatur.

Blatt, Arch. f. Ophthalmologie, 1921, Bd. 106. — A. Buschke und Sklarz, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138, S. 119. — G. L. Dreyfuss, Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrospinalis. Verl. G. Fischer, Jena 1922. — A. Fuchs, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 138, S. 148. — J. Igersheimer, Syphilis und Auge. Verl. Springer, Berlin 1918. — J. Igersheimer, Mbl. f. Augenheilk., 1914, Bd. 52. — E. Lang, Pathologie und Therapie der Syphilis, 2. Aufl., S. 90 und 521. Verl. Bergmann, Wiesbaden. — E. Lang, Vierteljahrsschr. f. Derm., 1881, Bd. 8, S. 469. — W. Löhlein, Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten von Kraus-Brugsch, Bd. 9, S. 91. — I. Schnabel, Vierteljahrsschr. f. Derm., 1881, Bd. 8, S. 473. — W. Schönfeld, Derm. W., 1919, Bd. 68, S. 259. — W. Schönfeld, Arch. f. Derm., 1919, Bd. 127, S. 415. — Stross und Fuchs, W. kl. W., 1920, Nr. 45, S. 986.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. März 1923.

Alex Renault: **Zum Protokoll.**

Clément Simon: **Zum Protokoll der Sitzungen vom 9. November und 14. Dezember 1922.** Die damaligen Angaben über den Wismutgehalt der angewendeten Dosen werden dahin richtig gestellt, daß sie geringer waren als angegeben.

Darier: **Mitteilung über die erste Sitzung der Dermatologischen Vereinigung von Nancy.**

J. Darier: **Die Tuberkulide sollten „Tuberkuloide" genannt werden** (Les Tuberculides devraient être appelées „Tuberculoides"). Die ursprünglich von Darier unter der Bezeichnung als Tuberkulide in einer Gruppe zusammengefaßten Erkrankungen sind ein Syndrom von wechselnder Ätiologie, indem der tuberkulöse Ursprung zwar der häufigste, aber nicht der einzig mögliche ist. Bis zu einer besseren Namensgebung dürfte es sich daher empfehlen, auf die bereits bei der erstmaligen Zusammenfassung Dariers seitens Barthélemys vorgeschlagene Bezeichnung als Tuberkuloide zurückzugreifen, womit sich die Möglichkeit ergeben würde, in gewissen Fällen mit Rücksicht auf eine andere Ätiologie z. B. von syphilitischen Tuberkuloiden zu sprechen.

Lévy-Franckel und Juster: **Alopecia areata mit Störungen des Sympathikussystems bei einem Kriegsverletzten. Endokrin-sympathischer Ursprung der Alopecia areata** (Pelade avec troubles du système sympathique chez un blessé de guerre. Origine endocrino-sympathique de la pelade). Seit 2 Jahren wiederholtes Auftreten kahler Stellen, die 3—6 Monate dauern. Ungefähr 3 Jahre zuvor Schußverletzung am rechten Arm, von der eine Parese des Radialis und Cubitalis zurückblieb. Zur Zeit Alopezieflecke an beiden Unterarmen, in deren Bereiche der pilomotorische Reflex aufgehoben bzw. herabgesetzt ist, woraus auf eine Läsion des sympathischen Nervensystems geschlossen werden kann; diese und die Alopezie stehen in einem wechselseitigen Verhältnis. Die prädisponierende Ursache für die Sympathikusstörung ist in der Verwundung zu suchen, wenn auch der Eintritt erst nach längerer Zeit erfolgt ist. Außerdem finden sich verschiedene Störungen endokriner Natur (Herabsetzung der Potenz mit dem Auftreten neuer Alopezieherde, allgemeine nervöse Erscheinungen, Hypertrichosis auf Brust und Rücken), die vielleicht durch Verstärkung

Digitized by Google

der Affektion des sympathischen Systems zu dem Auftreten der Alopezie beigetragen haben.

Lévy-Franckel, Juster und Rimet: **Läsion des Plexus brachialis durch Schulterluxation; Schmerzen im Gebiete des Cubitalis und Medianus; konsekutive Keratodermia palmaris** (Lésion du plexus brachial par luxation de l'épaule; causalgie du cubital et du médian; kératodermie palmaire consécutive). Im Anschluß an die Reposition einer Schultergelenksluxation stellten sich Schmerzen an der Volarseite der drei letzten Finger und dem Hypothenar ein, auf diese schmerzhafte Zone scharf begrenzt entwickelte sich eine Keratodermie in Verbindung mit anderen Störungen im Bereiche des Sympathikus (Veränderungen der Temperatur, der Schweißsekretion, der Vasomotoren, des oszillometrischen Index). Unter dem Einflusse der Ionisation der lädierten Nervenstämme schwand die Keratodermie vollständig, gleichzeitig besserten sich, wenn auch in geringerem Grade, die Störungen der Schweißsekretion.

Loustre, Thibaut und Georges Barbier: **Fall von papulo-nekrotischem und knötchenförmigem Tuberkulid des Gesichts** (Un cas de tuberculides papulo-nécrotiques et nodulaires de la face). Bei einem 30jähr. Manne findet sich im Gesicht und am Halse eine außerordentlich reichliche Eruption eines papulo-nekrotischen Tuberkulids (in allen Stadien der Entwicklung: kupferfarbene Papeln, später mit einem gedellten Bläschen, dann mit einer kleinen Kruste, nach deren Abheben sich eine minimale Ulzeration von nekrotischem Aussehen zeigt) dazwischen vereinzelte knötchenförmige, derbere, tiefer reichende Elemente, die keine Neigung zur Ulzeration, jedoch die gleiche histologische Struktur eines tuberkuloiden Gewebes haben. Ätiologisch, bakteriologisch, radiologisch keine Zeichen von Tuberkulose, Kutireaktion erst nach 3—4 Tagen sehr schwach positiv, nach zwei Serien subkutaner Injektionen von Tuberkelvakzine keine Reaktion, keine Besserung.

Dumet: **Erworbene Syphilis bei einem Säuglinge: Fall von Ansteckung während des Geburtsaktes** (Syphilis acquise du nourrisson: un cas de contamination „au passage"). An der rechten Seite des Scheitels finden sich kreisförmig angeordnete, mit Krusten bedeckte papulös-erosive Läsionen mit induriertem Grunde; Schwellung der regionären Lymphdrüsen. WR und Spirochätenbefund positiv. Bei der Mutter außer Plaques der Genitalien und Mandeln ausgebreitete Roseola, deren erste Effloreszenzen höchstens 5—6 Tage vor der Entbindung aufgetreten sein sollen. Dafür, daß es sich tatsächlich um eine Infektion während des Geburtsaktes handelte, spricht das Auftreten der Erscheinungen 3—4 Wochen nach der Geburt und ihre kreisförmige Anordnung. Das Freibleiben während des intrauterinen Lebens erklärt sich dadurch, daß die Mutter erst im 8. Monate der Schwangerschaft infiziert worden war.

André Leri und Louis Lamy: **Zosterähnliche Vitiligo der rechten Weiche; Sklerodermie en bande mit ausgedehnter Atrophie der linken unteren Extremität, Anomalien der Wirbelsäule: Sakralisation, Spina bifida occulta** (Vitiligo zoniforme du flanc droit; sclérodermie en bande avec atrophie en masse du membre inférieur gauche. Anomalies vertébrales: sacralisation, spina bifida occulta). Mädchen von 8 Jahren, bei dem Vitiligo und Sklerodermie ziemlich gleichzeitig im Alter von 4 Jahren aufgetreten sein sollen und sich scharf voneinander getrennt auf entgegengesetzten Seiten des Körpers finden. Das ganze linke, von der Sklerodermie befallene Bein ist stark atrophisch. Röntgenologisch zeigt sich eine ausgedehnte beiderseitige Verschmelzung des fünften Lendenwirbels mit dem Kreuzbein und eine Spina bifida occulta.

André Leri: **Syphilitische Vitiligo; streng symmetrische und unregelmäßig radikuläre Verteilung; nicht erkannte Läsion der Wirbelsäule im entsprechenden Abschnitt** (Vitiligo syphilitique; répartition rigoureusement symétrique et irrégulièrement radiculaire; lésion vertébrale méconnue au niveau correspondant). Zeichen alter Syphilis besonders auch von seiten des Nervensystems. Zwei Arten von Erscheinungen: sehr helle (café au lait) Flecke im unteren Abschnitt des Abdomens, an den Weichen, der Vorderfläche und einem Teile der Hinterfläche der Schenkel und der Sakro-coccygealgegend; sehr ausgesprochen depigmentierte und tief hyperpigmentierte Stellen im Gesicht, am Hals und an den Händen. Röntgenologisch fanden sich schwere Veränderungen am 4.—6. Halswirbel, deren syphilitische Natur zweifelhaft erscheint, die sich durch keinerlei Schmerzempfindungen bemerkbar gemacht und vorher nicht vermutet worden waren. Die entsprechenden Wurzelgebiete fallen mit der Ausbreitung der dunklen Vitiligoflecke zusammen.

L. Lortat-Jacob und P. Legrain: **Chronisches Ekzem der Brüste und Amenorrhoe bei einem jungen Mädchen** (Eczéma chronique des seins et aménorrhée

Digitized by Google

chez une jeune fille). Die Erscheinungen entwickelten sich gleichzeitig mit einem Seltenerwerden und schließlich völligem Zessieren der bis dahin regelmäßigen Menses. Aus den Warzen entleert sich Kolostrum. Seit derselben Zeit bedeutender Fettansatz, keine sonstigen Störungen. Ein Zusammenhang der Funktionsstörung der Brustdrüse und der Ovarien mit Veränderungen der Thyreoidea ist anzunehmen.

Marcel Laurent: **Bemerkungen über die Veränderungen des vago-sympathischen Gleichgewichtes im Verlaufe einiger Erytheme** (Note sur les variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes). Aus Beobachtungen des oculo-kardialen Reflexes beim Auftreten verschiedenartiger Erytheme (örtliche und allgemeine Erytheme und Urtikaria, Masern, Scharlach, syphilitische Roseola, toxische, medikamentöse und ähnliche Erytheme) kann der Schluß gezogen werden, daß damit der vago-sympathische Zustand des Individuums im Sinne einer Sympathikotonie verändert wird, die mit dem Erythem wieder schwindet. Die Sympathikotonie ist ebenso wie das Erythem als eine Abwehrreaktion des Organismus aufzufassen.

Leredde: **Untersuchungen über die erworbene und kongenitale Syphilis bei 28 serienweise untersuchten Psoriatikern** (Recherche sur la syphilis acquise ou héréditaire, chez 28 psoriasiques, étudiés en série.) In 2 Fällen lag erworbene, in 3 kongenitale Syphilis vor, in 7 schien eine Syphilisinfektion ausgeschlossen werden zu können, in einer sehr großen Zahl von Fällen scheint ihr Vorliegen wahrscheinlich. Bei mehreren Kranken schwanden unter antisyphilitischer Behandlung die Psoriasiserscheinungen.

Halbron und Barthélemy: **Schwangerschaft bei einer Syphilitischen. Subkutane Arsenbehandlung. Totes, mazeriertes Kind** (Grossesse chez une syphilitique. Traitement arsenical sous-cutané. Enfant mort et macéré). Es wird auf die Unzweckmäßigkeit derartiger Behandlung (im Gegensatz zur intravenösen Salvarsanbehandlung) hingewiesen.

R. Barthélemy: **Tabische Osteo-Arthropathie der beiden Hüften** (Ostéo-arthropathies des deux hanches). Alter Syphilitiker mit nur geringer Quecksilberpillen-Behandlung. Sichere Tabes.

Lacapère und Lépinay: **Artifizielle lokalisierte Eruptionen im Gefolge von Salvarsaneinspritzungen** (Eruptions artificielles localisées à la suite d'injections d'arsénobenzènes). Bei zwei Kranken traten wiederholt im Verlaufe der Salvarsanbehandlung unmittelbar nach der intravenösen Einspritzung urtikarielle, bald wieder schwindende Effloreszenzen an der Schläfe bzw. dem unteren Augenlide auf. Durch voraufgeschickte desensibilisierende Einspritzung von 1—1½ mg Adrenalin wurde das Auftreten der Erscheinung ausgeschaltet und durch geringe Rötung und Jucken ersetzt. Sonstige Zeichen von Salvarsanunverträglichkeit waren nicht vorhanden. Die Erscheinungen, die ganz denen nach Einnehmen gewisser Medikamente, z. B. Antipyrin gleichen, werden als sehr selten bezeichnet. (Die nicht mehr geringe deutsche Literatur über diese sogenannten „fixen", vom Ref. als „örtlich wieder aufflammende" bezeichneten Salvarsanexantheme scheint dem Vortragenden nicht bekannt zu sein.)

E. Lépinay: **Urtikaria durch Einspritzungen von Wismutsalz hervorgerufen** (Urticaire provoquée par des injections de sel de bismuth). Nach intramuskulärer Einspritzung von 2 ccm Jod-Wismut-Chinin ausgedehnte, stark juckende Urtikariaeffloreszenzen, Kopfschmerzen, Fieber. Schwinden der Erscheinungen innerhalb 4 Tagen. Urin ohne Befund. Ein nach einigen Tagen Ruhe zweimal wiederholter Versuch, durch intramuskuläre Einspritzungen einer sehr geringen Dosis eines löslichen Salzes von sehr schwacher Toxizität und schneller Ausscheidung eine Desensibilisierung zu bewirken, gelang nicht.

Roudinesco und Pierre Vallery-Radot: **Fortschreitende verstümmelnde Sklerodermie** (Sclérodermie mutilante progressive). Die zahlreichen, bei einem taubstummen 13jähr. Knaben vorhandenen, zum großen Teil symmetrischen Verstümmelungen, die die Unterarme, Zehen, Ohren, Nase betreffen, werden in ätiologischer Beziehung bei Ausschließung von kongenitaler Syphilis, Lepra, mit eigenartigen narbenartigen, kahlen Stellen des behaarten Kopfes zusammengebracht, die als Sklerodermie aufgefaßt werden. In der Besprechung wird diese Diagnose allgemein abgelehnt, und die Erscheinungen am Kopfe auf zu starke Röntgenbestrahlungen wegen Trichophytie zurückgeführt; doch soll nach Ansicht des Vorstellenden derartiges nicht vorausgegangen sein.

Louste und Dauptain: **Kongenitales Lymphangiom, Angioma planum, keratotischer Naevus** (Lymphangiome congénital, angiome plan, naevus kératosique). Neben

Digitized by Google

mehrfachen, zum Teil operierten Lymphangiomen in der Genitalgegend und den Leisten findet sich an der Vorderfläche des rechten Schenkels ein handflächengroßer Naevus verrucosus hyperkeratoticus und an der rechten Gesäßbacke ein 30 : 20 cm betragendes Angioma planum. Alle diese Bildungen befinden sich auf einem indurierten und infiltrierten Grunde.

L. Lortat-Jacob, Legrain und Solente: **Generalisierte Vakzine durch multiple Inokulationen bei einer Kranken mit pruriginösem Ekzem** (Vaccine généralisée par inoculations multiples chez une malade atteinte de prurigo eczématisé). Die sekundären Pusteln traten auf einer an die Impfstelle angrenzenden Hautfläche auf, die nachträglich mit einem Verbande bedeckt war und den vorher mit Salbe behandelten exkoriierten Stellen entsprach. Die ursprüngliche Hautaffektion erschien nach Schwinden der sekundären Erscheinungen beträchtlich gebessert.

L. Lortat-Jacob, Legrain und Paul Lefèvre: **Hyperkeratose des Thenar auf das Gebiet des 7. Zervikalnerven begrenzt, in Beziehung zu einer Nervenwurzellähmung von der Geburt her in Begleitung von Störungen des Sympathikus** (Hyperkératose de l'éminence thénar limitée au territoire de C 7, en relation avec une paralysie radiculaire obstétricale s'accompagnant de troubles du sympathique). Die seit der Geburt bestehenden Lähmungserscheinungen und die seit einem Jahre aufgetretene Hyperkeratose betreffen ein umschriebenes, vom 5.—7. Zervikalnerven versorgtes Gebiet, dessen Wurzeln mit dem Sympathikus in inniger Beziehung steht, wodurch sich gleichzeitig vorhandene vaso-motorische Störungen leicht erklären.

Sitzung vom 19. April 1923.

André Léri: **Zum Protokoll.** Zu dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Falle eines Mädchens mit Vitiligo und Sklerodermie bei Veränderungen des Rückenmarkskanals hat sich nachträglich ergeben, daß dasselbe vorher anderweitig bei positiver WR mit Salvarsan behandelt worden war, was die hier gefundene negative Reaktion erklärt.

Gastou und Pontoizeau: **Über die Beziehungen der Psoriasis zur erworbenen oder kongenitalen Syphilis** (Sur l'origine syphilitique acquise ou héréditaire du psoriasis). Zu den dieses Thema betreffenden Ausführungen von Leredde in der Sitzung vom 8. März wird auf Grund eigener Beobachtungen der Schluß gezogen, daß es zur Zeit unmöglich ist, über diesen Zusammenhang etwas Positives zu sagen, da die drei von L. dafür angeführten Punkte nicht ausschlaggebend sind. Die Familienanamnese ist oft nur unvollkommen zu erheben, die Serumuntersuchung mit nicht inaktiviertem Serum beweist nichts, da sie auch bei zahlreichen anderen Dermatosen, bei denen ein Zusammenhang mit Syphilis gar nicht in Frage kam, positiv ausfiel, der Einfluß der Behandlung war auch nicht charakteristisch, da sowohl von den Kranken mit positiver wie mit negativer WR ein Teil gebessert, ein anderer unbeeinflußt war.

Gougerot: **Manifeste Erscheinungen nach mehr als ein Jahr lang negativer Wassermann-Reaktion** (Réaction de Wassermann négative pendant plus d'un an et récidive d'accidents contagieux). Die Fälle sind gar nicht so selten, deshalb ist die Regel, wenn 8 Monate lang Erscheinungen ausbleiben und die WR stets negativ ist, die Behandlung auszusetzen, nicht anzuerkennen. Noch weniger zuverlässig ist die Beobachtung bei Anwendung der Ausflockungsmethoden.

Lortat-Jacob: **Hyperkeratose und Läsionen des Sympathikus** (Hyperkératose et lésions du sympathique). Es gibt gewisse Keratodermien, die eine rein nervöse, radikulo-sympathische Pathogenese zeigen. In diesen Fällen ist die Organtherapie ohne Einfluß.

Leredde: **Über einen Fall von Epilepsie auf nicht erkannter Grundlage kongenitaler Syphilis. Positiver Erfolg der Salvarsanbehandlung** (Sur un cas d'épilepsie d'origine hérédosyphilitique méconnue. Résultats positifs du traitement par le novarsénobenzol). Unter Vorstellung eines als Illustrierung seiner Anschauung dienenden Falles faßt L. diese in folgenden Sätzen zusammen: Die kongenitale Syphilis ist die gewöhnliche, wenn auch nicht konstante Ursache der vulgären Epilepsie. Die Entwicklung dieser kann bei Syphilitikern durch antisyphilitische Behandlung verhütet werden. Sie kann auch durch diese Behandlung in der dafür erforderlichen Zeit mit der nötigen Technik geheilt werden. Jedes Kind von Syphilitikern muß als syphilitisch betrachtet werden, ebenso jede chronische bei einem solchen Kinde zur Entwicklung gelangende Affektion. In der sehr ausgedehnten Aussprache werden die Erfahrungen im allgemeinen bestätigt, doch wird auch über Versagen der antisyphilitischen Behandlung bei Epilepsie sicher syphilitischer Personen berichtet.

Digitized by Google

Lortat-Jacob und P. Legrain: **Fall von Urticaria pigmentosa** (Un cas d'urticaire pigmentaire). Typischer Fall von rein makulöser Form, im 27. Lebensjahre aufgetreten. Kein Jucken. Außer leichter Eosinophilie nichts nachweisbar.

Milian, Périn und Grellety-Bosviel: **Exfoliierende psoriatische Erythrodermie** (Erythrodermie exfoliante psoriasique). Dunkelrotes Erythem über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts; reichliche, teils kleienförmige, teils lamellöse Schuppen. In den Handflächen isolierte charakteristische Psoriasispapeln. Kein Jucken. Früher angeblich nichts bemerkt, außer einigen Krusten auf dem Kopf, deren jetziges Aussehen zu der Annahme berechtigt, daß es sich um eine forme fruste von Psoriasis handelte. Die Erythrodermie war akut im Verlaufe einer fieberhaften Erkrankung (Grippe?) aufgetreten. Albuminurie. Schneller Rückgang der Hauterscheinungen unter Chrysarobinbehandlung, Albuminurie zunächst gesteigert, Ödeme. Die typischen generalisierten exfoliierenden Erythrodermien stehen gewöhnlich zur Psoriasis in Beziehung und stellen eine wirkliche akute Form dieser dar.

Milian und Périn: **An der Nase und den Ohren lokalisierte Raynaudsche Krankheit syphilitischer Natur. Schnelle Heilung durch Salvarsan** (Maladie de Raynaud localisée au nez et aux oreilles, de nature syphilitique. Guérison rapide par le novarsénobenzol). Symmetrische violette Zyanosen mit deutlich herabgesetzter Temperatur und einzelnen kleinen schwarzen Schorfen, unter denen sich gangränöse Geschwüre finden. Mäßige allgemeine Körperentwicklung. WR im Blut und Lumbalpunktat positiv. Schon nach der ersten Salvarsaneinspritzung bedeutende Besserung. Wahrscheinlich handelt es sich um kongenitale Syphilis. Außerdem paroxysmale Hämoglobinurie, die gleichfalls auf syphilitischer Basis beruhen und öfters mit dem Syndrom der Raynaudschen Krankheit zusammen vorkommen kann. Die zugrunde liegende syphilitische Läsion betrifft den Sympathikus; er reagiert auf syphilitischer Grundlage in mannigfacher Weise: Prädisposition zu Salvarsanzufällen, Dysidrosis, Tabes, Alopecia areata.

Milian und Périn: **Behandlung der Sarkomatosis Kaposi mit Kohlensäureschnee, Schwinden der behandelten Effloreszenzen** (Traitement de la sarcomatose de Kaposi par la neige carbonique. Disparition des éléments traités). Unbehandelte Stellen zeigten keine Veränderung.

Ed. Retterer: **Entwicklung des Haares** (Développement du poil). Im Gegensatz zu bisherigen Anschauungen wird auf Grund von Serienschnitten festgestellt, daß der der Haarbildung voraufgehende Epithelzapfen die Quelle des gesamten Follikel-Haar-Talgdrüsenapparates ist; er bildet die Organe, die epithelial bleiben, Haar und seine innere Scheide, Epidermishülle des Follikels und der Talgdrüsen, sowie die Bindegewebshülle des Follikels und die Papille, welch letztere beiden aus der Umwandlung der Epithelzellen in Binde- und vaskuläres Gewebe entstehen.

G. Lacapère: **Behandlung des Ekzems mit Arsen-Ionoid** (Traitement de l'eczéma par l'ionoide d'arsenic). Es handelt sich um ein kolloidales Arsenpräparat, das in vielen Fällen wirksam war, in denen die sonst so empfehlenswerte Behandlung mit Natr. cacodyl. versagt hatte. Die Methode der Wahl sind intravenöse Injektionen von 3 mg reinen kolloidalen Arsens dreimal wöchentlich. Sonst auch intramuskulär täglich 1,6 mg 10—20 Tage lang, oder 14—20 Tage lang zweimal täglich die gleiche Dosis innerlich. Kein einziger Mißerfolg, stets gut vertragen. Gute Erfolge auch bei Lichen ruber und ausgebreiteter Akne.

Pomaret und J. Didry: **Quecksilber und Wismut; vergleichende experimentelle Untersuchung über ihre spirillozide Wirksamkeit und ihre Toxizität** (Mercure et bismuth; étude expérimentelle de leur activité spirillicide et de leur toxicité comparées). Untersuchungen an 100 Hunden und 80 Hühnern, mit löslichen Salzen. Wismut ist für den Hund zweimal und für das Huhn fünfmal weniger toxisch als Quecksilber. Bi übt auf Spirochaeta gallinarum spirillozide Wirkung in einer Dosis aus, in der Hg-Salze nicht wirken. Als bester Weg der Anwendung erscheint bei Bi der intramuskuläre, der sich doppelt so wirksam zeigte als der intravenöse; die untersuchten löslichen Verbindungen, die in subkutanen Einspritzungen zehnmal weniger toxisch waren als in intravenösen, wirkten regelmäßig in sechs- bis achtmal schwächeren Dosen als die unlöslichen. Dagegen zeigte sich beim Hg das Kalomel am kräftigsten und am wenigsten toxisch. Unter gleichen experimentellen Voraussetzungen besitzen 8 mg metallisches Arsen (in der Form von 914 oder 132) dieselbe spirillozide Wirksamkeit wie mindestens die doppelte Gewichtsmenge Bi. Soweit die experimentellen Ergebnisse an Hühnern auf Menschen übertragen werden können, ist also das Wismut berufen, bei der Syphilis das Quecksilber, nicht das Salvarsan zu ersetzen.

Digitized by Google

A. Galliot: **Drei Fälle von Wismuterythem** (Trois cas d'érythème bismuthique). Zur Verwendung kamen verschiedene Wismutpräparate, teils intramuskulär, teils intravenös, bei Pat., die vorhergehende Salvarsanbehandlung schlecht vertragen, dabei jedoch keine Hauterscheinungen gezeigt hatten. Es handelte sich um urtikarielle Exantheme.

Burnier und Rejsek: **Lichen obtusus corneus oder Lichenificatio circumscripta nodularis chronica** (Lichen obtusus corné ou lichénification circonscrite nodulaire chronique). An Armen und Beinen neben lichenifizierter und stellenweise durch Kratzen exkoriierter Haut erbsen- bis haselnußgroße papulöse Erhabenheiten, lebhaft rot gefärbt, derb, an der Oberfläche runzlig, mit trockenen, grauen, festhaftenden Schuppen, die ihnen ein verhorntes Aussehen geben. Histologisch Hyperkeratose, Hyperakanthose, Sklerose des Koriums mit Infiltrat von Lymph- und Bindegewebszellen, ähnlich den Läsionen, die man bei Lichenifikation findet. Keine charakteristischen Licheneffloreszenzen, es handelt sich beim Lichen obtusus corneus um keinen eigentlichen Lichen planus, und es würde dafür die von Pautrier angegebene, in der Überschrift genannte Bezeichnung vorzuziehen sein.

W. Dubreuilh: **Multiple Fibrome des Nagelbettes** (Fibromes multiples du lit de l'ongle). Außer zahlreichen Fibroma mollusca an verschiedenen Stellen des Körpers finden sich an den Nägeln besonders der Füße zahlreiche, im Durchschnitt erbsengroße Tumoren, rundlich, hart, gestielt, mit teils glatter, teils warziger Oberfläche, die sämtlich vom Nagelbett ausgehen und blumenkohlartige Gewächse bilden. Mikroskopisch bestehen sie aus reinem fibrösem Gewebe in großen Bündeln mit sehr wenig Zellen.

André Léri und Tzanck: **Naevi verrucosi und multiple Nervenläsionen: 1. Recklinghausensche Krankheit, 2. Hemiatrophie, Hemihypotonie, halbseitiges Schwitzen, halbseitiges oculo-sympathisches Syndrom** (Naevi verruqueux et lésions multiples: 1. Maladie de Recklinghausen fruste; 2. Hémiatrophie, hémihypotonie, hémisyndrome oculo sympathique). Zahlreiche Naevi verrucosi, von denen der eine links am Nacken mehr oder weniger lineär ist. Ferner als Zeichen Recklinghausenscher Krankheit Pigmentierungen und flache und gestielte Mollusca mit zahlreichen Übergängen zu Nävi, so daß die Frage berechtigt ist, ob es sich bei diesen nicht um eine anormale Varietät trophischer Hautstörungen der Recklinghausenschen Krankheit handelt. Als weitere Zeichen von Störungen des Nervensystems finden sich Hemiatrophie der ganzen linken Körperseite, linksseitige Hypertonie der Extremitäten (rechts geringgradiger), so daß ausgiebige Hyperextensionsbewegungen ausgeführt werden können und die nicht nur durch Muskelatonie, sondern durch abnorme Schlaffheit der Bänder erklärt werden muß. Schließlich als Ausdruck einer Läsion des Nervensystems auf derselben Seite fast beständiges Schwitzen an Hand und Fuß und oculo-sympathisches Syndrom: leichter Grad von Myosis und Ptosis. E. Levin-Berlin.

Réunion Derm. et Syph. de Nancy.

Sitzung vom 24. Februar 1923.

L. Spillmann und L. Drouet: **Fortschreitende Sklerodermie mit Sklerodaktylie und allgemeiner Melanodermie** (Sclérodermie progressive avec sclérodactylie et mélanodermie généralisée). Die Intensität der Melanodermie ist eine ganz außerordentliche. Der Kranke stammt, ebenso wie zwei weitere in der Sitzung vorgestellte Fälle, aus den Vogesen.

G. Etienne: **Atypische Sklerodermie, Hyperthyreoidie** (Sclérodermie atypique, Hyperthyreoidie). Sklerodermie en bandes längs der Hinterfläche der beiden Unterarme, die sich jedoch auf die tieferen Gewebe erstreckt und auch die Muskeln betrifft und so eine tiefe, auf dem Knochen verschiebliche Masse bildet. Auf der Haut außerdem umfangreiche Knoten von der Größe einer Haselnuß. Histologisch reines fibröses Gewebe. Ausgesprochene Hyperthyreoidie.

J. Watrin: **Sclerodermie en plaques durch Ionisation mit Jodkalium behandelt und geheilt** (Sclérodermie en plaques traitée et guérie par l'ionisation d'iodure de potassium). Die Behandlung (5%ige Lösung an der negativen Elektrode bei 25 bis 30 MA. für 25 Minuten) gab ausgezeichnete Resultate und kann als Methode der Wahl gelten, wenn auch die Bildung neuer Herde nicht verhindert wurde.

L. Spillmann: **Atrophodermia vermicularis des Kinns ohne Keratosis follicularis** (Atrophodermie vermiculée du menton sans kératoses folliculaires). Das Kinn er-

Digitized by Google

scheint in ganzer Ausdehnung wurmstichig. Behandlung mit kakodylsaurem Schwefel und Thiosinamin, danach leichte Besserung. Der Fall ist der Beobachtung von DARIER über „Atrophodermie vermiculée des joues avec kératoses folliculaires" anzugliedern.

SPILLMANN und MOUTON-CHAPAT: **Behandlung umfangreicher Keloide mit Kohlensäureschnee** (Traitement des chéloides volumineuses par la neige carbonique). Ausgezeichnete Resultate.

L. SPILLMANN, DROUET und DIOT: **Syphilis und Tätowierung** (Syphilis et tatouage). Zahlreiche Tätowierungen in rot und blau; ein ausgebreitetes papulo-squamöses Syphilid findet sich nur an den rot gefärbten Partien, läßt die blauen völlig frei. Die Natur des roten Farbstoffes ist nicht sichergestellt; sollte es sich um Zinnober handeln, so wäre es sehr auffallend, daß die Spirochäten gerade an den Stellen, an denen ein Quecksilbersalz deponiert ist, eine Reaktion hervorgerufen haben.

L. SPILLMANN: **Diffuse Epitheliomatose am Thorax nach Abtragung eines Brustkrebses** (Epithéliomatose en nappe du thorax après ablation d'un cancer du sein). 18 Monate nach der Operation rote Streifen in der Achselhöhle und an der Hinterfläche des Thorax, deren histologische Untersuchung die epitheliomatöse Natur ergibt.

L. SPILLMANN und J. WATRIN: **Entwicklung von Lymphangiektasien auf einer Operationsnarbe** (Lymphangiectasies développées sur une cicatrice chirurgicale). Vor zehn Jahren Operation einer Geschwulst an der Schulter (Lipom?). DARIER gibt zu bedenken, ob es sich nicht damals um ein Lymphangiom gehandelt habe, das jetzt rezidivierte.

J. WATRIN: **Nävokarzinom des unteren Augenlides in zwei Sitzungen mit Elektrolyse geheilt** (Naevocarcinome de la paupière inférieure guéri par deux séances d'électrolyse). Zur Anwendung kamen 6—7 MA.

J. DARIER: **Die drei Richtlinien für die Diagnose in der Dermatologie** (Les trois plans du Diagnostic en Dermatologie). Die weit verbreiteten Differenzen über die Ätiologie zahlreicher Dermatosen dürften sich einschränken lassen, wenn man sich daran gewöhnt, bei der Diagnose folgende drei Richtlinien zugrunde zu legen: 1. Morphologische Diagnose; Erkenntnis und Klassifizierung der Eruptionsformen ist im allgemeinen leicht und mit Sicherheit zu stellen. 2. Ätiologische Diagnose; in manchen Fällen ist die Ursache ohne weiteres klar (artefizielle, parasitäre Dermatosen, Pyodermien), in anderen entgeht sie der Erkenntnis oder man weiß nicht, welche von mehreren, die eingewirkt zu haben scheinen, man anschuldigen soll (Syndrome), in wieder anderen kann man die indirekte Wirkung dieser oder jener Ursache vermuten (Syphilis, Tuberkulose). 3. Pathogene Diagnose; sie ist die schwierigste, oft unsicher und rein hypothetisch. Einen Fingerzeig für den Mechanismus der Pathogenese können die Natur der Läsionen, die Umstände ihres Auftretens, ihre Entwicklung, die begleitenden Umstände, bisweilen die Wirksamkeit einer Behandlung geben. Diese Grundsätze werden an verschiedenen Dermatosen (Ekzem, Zoster, Psoriasis, Alopecia areata) näher ausgeführt. Auch bei Krankheiten von anscheinend einheitlicher und gut bestimmter Ursache (Epidermophytien, Favus, Trichophytien) kann man den Einfluß einer gewissen Disposition nachweisen. Die Empfänglichkeit und Reaktionsfähigkeit verschiedener Individuen ist eine verschiedene, sie wechselt auch nach Jahreszeit und anderen Umständen. Auch die Heilbarkeit der Erkrankungen ist nicht bei allen Kranken gleich leicht. Für die Behandlung kommen dieselben Gesichtspunkte in Betracht. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Rektum und Anus.

Zur Behandlung der Fistula ani, von HUBERT SIEBEN-Bürstadt (Hessen.) (M. Kl., 1922, Nr. 52, S. 1641.) Bericht über einen Fall von Fistula ani, der durch acht Einspritzungen von je 1 ccm einer 10%igen Phenolsuspension (mit 1% Novokainzusatz) in die Wandung des Fistelgangs geheilt wurde. F. Landauer-Berlin.

Die konservative Behandlung großer prolabierter Hämorrhoidalknoten, von PAUL BONHEIM-Hamburg. (M. Kl., 1922, Nr. 46, S. 1464.) Auf das prolabierte Konvolut von Hämorrhoidalknoten wurde dreimal täglich ein BIERSches Saugglas gesetzt, 5 Minuten lang. Die Knoten werden noch weiter herausgezogen und schwellen sehr stark an. Die in ihrer Ernährung beeinträchtigen Knoten schrumpfen langsam zusammen. Nach 14 Tagen waren die Knoten verschwunden. Der anfangs große Schmerz läßt bald nach. Das Verfahren ist ungefährlich. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Digitized by Google

Die Behandlung der Oxyuriasis mit Salvarsan, von KARL HAJÓS-Budapest. (M. Kl., 1922, Nr. 51, S. 1620.) Sieben Oxyurenträger bekamen 0,9 g Neosalvarsan (daneben noch Bitterwasser, Knoblaucheinlauf und Einlauf mit 1‰iger Thymollösung). Danach blieben die Kranken etwa ein halbes Jahr symptomenfrei.

F. Landauer-Berlin.

Neue Beiträge zur Oxyuriasis, von W. TH. SCHMIDT-Fürstenberg. (M. m. W., 1923, Nr. 16, S. 495.) Zweimalige Selbstinfektion hatte jedesmal Eosinophilie zur Folge. Ein zweiter Fall ist ausgezeichnet durch massenhaftes Auftreten von Oxyuren in einer aufbrechenden Dickdarmfistel. Ob die Oxyuren sie veranlaßt, steht aber nicht ganz fest.

A. v. Notthafft-München.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Sexualpathologische Fragen im Lichte der Parabioseforschung, von RUDOLF NISSEN-München. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 1, S. 11—18.) Tierexperimentelle Untersuchungen, die u. a. dem Problem der Umstellung des weiblichen Körpers in der Gravidität näher zu kommen suchen. Nach N. erfolgt diese nicht durch hormonale, sondern durch nervöse Antriebe.

F. Landauer-Berlin.

Zur Kenntnis des Pseudohermaphroditismus masculinus internus mit „Dystopia transversa testis", von A. PRIESEL, Jubiläumsspital Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., 1921, Bd. 26, S. 80—108.) Sehr eingehende anatomische und histologische Studie, die, über den Rahmen der Kasuistik hinaus, einen Beitrag zur Genese der besprochenen Bildungsanomalie liefert. Die Sektion eines älteren Mannes ergab, daß bei persistierenden, zu Uterus und Tuben ausdifferenzierten MÜLLERschen Gängen beide Hoden in die rechte Lumbalhälfte gelangt waren. Dieses Eintreten der Hoden findet nicht durch das Gubernaculum Hunteri in den Leistenkanal statt, ist kein „Deszensus", sondern eine Hernienbildung. Der publizierte Fall spricht im übrigen für die Hypothese, daß die Dystopia transversa testis auf eine abnorme Verbindung beider Keimdrüsen zurückzuführen ist, die durch längere Persistenz und Vereinigung der MÜLLERschen Gänge mit später mehr oder minder großer Rückbildung entstanden ist.

F. Jacobsohn-Berlin.

Über Sexualoperationen, von WALTER HAUBENREISSER, Chir. Universitätsklinik Leipzig. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 176, H. 1/3, S. 31—52.) Bericht über zehn Sexualoperationen, und zwar acht Fälle von Hodentransplantationen (drei doppelseitige Kastraten, je ein Fall von Eunuchoidismus, Homosexualität, abnormer Geschlechtsrichtung, mangelnder Libido und Potenz, Impotentia coeundi) und zwei Operationen nach STEINACH II (einmal bei homosexueller Neigung, einmal zur Behebung der frühzeitig erloschenen Potenz und Libido). Nur in einem Falle eines doppelseitigen Kastraten kann von einer wirklichen Besserung gesprochen werden, in den übrigen versagten die Sexualoperationen völlig. Bezüglich der Vasoligatur wird die Hypothese von der „Pubertätsdrüse" für erledigt gehalten, nicht die Zwischenzellen sind als die Träger des spezifischen Geschlechtscharakters zu betrachten, sondern die Keimzellen mit ihrem Sekret. Bei den beobachteten Erfolgen spielt die Autosuggestion eine große Rolle; die kurz andauernde Hebung des Sexualempfindens ist auf eine vermehrte Resorption von Sexualhormonen zurückzuführen, hervorgerufen durch Stauung des Sekretes der Keimzellen in den ausführenden Samengefäßen. Die Hodentransplantation war zwar bei Eunuchoiden, Homosexuellen und Frühkastraten wirkungslos, jedoch kann ihr ein Einfluß auf die Besserung bei Spätkastraten nicht abgesprochen werden. Allerdings handelt es sich dabei nicht um eine Dauerwirkung des Transplantates, das resorbiert bzw. degenerativ verändert wird; vielleicht kommt eine Neubelebung der Sekretion der übrigen endokrinen Drüsen, die für den Geschlechtscharakter mitbestimmend sind, in Frage.

E. Levin-Berlin.

Die Heilbarkeit der Homosexualität, von H. C. ROGGE. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9. H. 8.) Bei einem großen Teile Homosexueller besteht im Grunde Bisexualität bzw. wechselnde Perioden homo- und heterosexueller Betätigung. Das erschwert die Bewertung therapeutischer Erfolge. Am verfehltesten ist es, einem Homosexuellen einen heterosexuellen Trieb hineinsuggerieren zu wollen und ihn zu einer Heirat zu veranlassen. Bei der wahren Homosexualität kann man nur versuchen, den Kranken zu Selbstbeherrschung zu erziehen. Bei Bisexuellen liegt der Fall gleichfalls schwierig, wenn sie einen übergroßen homosexuellen Faktor aufweisen; bessere und vielfach bleibende Erfolge sind zu erzielen, wenn die homosexuelle Libidokomponente nicht so überwiegt. Auf Rückschläge muß man sich gefaßt machen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Über larvierte Onanie im Kindesalter, von ALFRED HAAS-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1922, Nr. 31, S. 1155.) Ein 12jähr. Mädchen verschaffte sich einen orgasmusähnlichen Zustand durch Zuschnüren des Halses. Mit Hilfe der Hypnose vorgenommene Psychonanalyse ergab, daß das Kind zufällig auf die angenehme Wirkung dieses Verfahrens gekommen sein wollte. Mit posthypnotischer Suggestion wurde eine fast völlige Heilung erzielt. Das Lustgefühl wurde in die Magengegend lokalisiert. HAAS nimmt an, daß die erste Entdeckung dieser erogenen Halszone durch das Zusammenwirken von Furcht (Tod der Mutter), Kohlensäureüberladung des Blutes und Reizung der Schilddrüse zustande gekommen sei. A. v. Notthafft-München.

Die Kommunen im Dienste der Fortpflanzungshygiene, von HANAUER-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 9/10.) In Frage kommt zunächst die Fürsorge für Schwangere, und zwar ist hierbei die geschlossene Schwangerenfürsorge von größerer Bedeutung, daran schließen sich die Säuglingsfürsorgestellen (Förderung des Selbststillens, Stillprämien) und Säuglingsheime sowie Krippen. Weitere Belehrung der Mütter erfolgt in Mütterschulen. Für spätere Perioden des Kindes- und Jugendalters sorgen Kindergärten, Schulpflege. Auch Fürsorge für die Erwachsenen in bezug auf Ernährung, Wohnung ist für Erzeugung kräftigen, arbeitsfähigen Geschlechtes nötig. Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ist in erster Linie Sache des Reiches, teilweise treten neben den Landesversicherungsanstalten auch die Kommunen dafür ein, so in Frankfurt a. M. die kommunale Fürsorgestelle mit umfangreicher Tätigkeit, sozialer und wirtschaftlicher Beratung, Sorge für Behandlung. Vielfach bestehen für Jugendliche Fürsorgeabteilungen der Wohlfahrtsämter, Zufluchtshäuser; von Bedeutung sind auch Spezialbteilungen in städtischen Krankenhäusern. Gegen die Schädigungen durch Alkohol könnte noch mehr geschehen (alkoholfreie Erziehung in der Schule, Jugendheime, Gasthausreform). Zu empfehlen sind kommunale Heiratsämter, Förderung der Frühehen durch besondere Unterstützungen der Beamten; besonders kommunale Fürsorge für kinderreiche Familien. E. Levin-Berlin.

Über antikonzeptionelle Schutzmittel, von GEORG LUDA-Berlin-Schöneberg. (Allg. m. Zztg., 1922, Nr. 50/52.) Das „Confidol-Verfahren" besteht aus einer völlig wasserlöslichen Pflanzenschleimabkochung, welche als spermatötende Substanzen eine Kombination von Aluminium acetico-tartaricum, Acid. boricum und Calium orthooxychinolinosulfuricum enthält und mittels eines Injektors, bestehend aus einem gebogenen Mutterrohr, welches an einem Ende mit einem Gummiball versehen ist, eingespritzt wird. E. Levin-Berlin.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten — das Gebot der Stunde, von OTTO GROSSE-München. (M. m. W, 1922, Nr. 47, S. 1629.) Der von dem Verf. früher an Gonokokken ausgeprobte 1‰ Quecksilberoxyzyanattragantschleim in Tuben „Selbstschutz" bedarf einer Verstärkung auf 2‰, um mit Sicherheit das Zustandekommen der Rekurrensinfektion von Mäusen zu verhindern. Es wird der Schluß gemacht, daß auch die Spirochaeta pallida sich entsprechend verhalten dürfte. Das Präparat führt den Namen Servasygon. A. v. Notthafft-München.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Was kann der Arzt für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten leisten? von F. FISCHL, Abt. EHRMANN-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 6, S. 195—198.) Die Arbeit bringt eine Gesamtübersicht der Therapie der Lues und Blennorrhoe und eine Besprechung der zur Verfügung stehenden prophylaktischen Mittel bei verdächtigem Geschlechtsverkehr. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Geschlechtskrankheiten als Kriegserscheinung (Venereal Disease as a War Casualty), Redaktionsartikel. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3229, S. 994.) Nach W. BETT betrug die Morbidität an venerischen Erkrankungen in der britischen Armee 316‰ im Jahre 1860, 1895 dann 238 und für das erste Halbjahr 1922 berechnet sich die Ziffer auf 34‰. In der Marine zeigten die Verhältnisse nicht so starke Schwankungen: 98‰ 1870 und 67‰ 1915. Im Jahre 1917 betrug die Belegschaft der Lazarette in Großbritannien durchweg 7500—9000 Fälle; in den englischen Lazaretten in Frankreich durchschnittlich 8000. Aufklärende Vorträge scheinen einigen Nutzen gestiftet zu haben; ebenso die Verteilung von desinfizierenden prophylaktischen „Päckchen". P. H. HENDERSON fand die Prozentzahlen für Blennorrhoe wenig beeinflußt durch prophylaktische Maßregeln: 1913 gab es 24‰ und 1921 noch 21‰. Syphilis dagegen war von 16‰ (1913) auf 6,12 (1921) zurückgegangen. Von anderer Seite wird dargelegt, daß andere

Digitized by Google

äußere Umstände großen Einfluß auf die Erkrankungszahl ausüben; nicht nur die Ausschaltung von Infektionsmöglichkeiten (Fehlen von Urlaub), sondern auch die Ablenkung durch Darbietung von angenehmen Wohnräumen, Wettspielen, Unterhaltungen u. dgl.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege und die Gesetzmaßnahmen zu ihrer Bekämpfung im In- und Ausland, von E. Putter-Greifswald. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, Nr. 23, S. 728—732, Nr. 24, S. 757.) Verschiebung der Erkrankungsziffern innerhalb der einzelnen Jahresklassen. Starke Zunahme der Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren (hohe Kriegslöhne in den Fabriken, Zusammenarbeiten beider Geschlechter in den Werkstätten für Kriegsbedarf, Verwahrlosung der Jugend). Die Zahl der 21 bis 25jähr. nimmt ab entsprechend Einziehung zum Heere. Von 1916 ab jedoch Zunahme (Reklamationen für Kriegsbetriebe), ebenso die 26—30jähr. Die 41—50jähr. steigen stark an. Enorme Zunahme der Blennorrhoe und des Ulcus molle bei Frauen. Gesetzgeberische Maßnahmen zur Beämpfung seit 1851: § 180 Kuppelparagraph, § 361 Unzuchtsparapraph, preuß. Seuchengesetz 1905. Später Notverordnung von 1918, wobei Behandlungszwang auch auf nicht prostituierte Geschlechtskranke ausgedehnt werden kann. Ferner Gefährdungsparagraph speziell gegen Übertragung. Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten in anderen Ländern (Schweiz, Amerika, Dänemark, und vor allem Schweden). Aus dem zur Zeit im Reichstag zur Beratung stehenden Gesetzentwurf bespricht er besonders 3 Fragen: 1. die Reglementierung. Sie ist zwecklos und schädlich. 2. Der Kuppeleiparagraph ist keineswegs geeignet zur Bekämpfung der Unzucht und gibt Raum zu den schwersten Erpressungen. 3. Die bedingte Anzeigepflicht. Die meisten Ärzte werden sie nicht befolgen, da sie dadurch ihre Praxis zu verlieren fürchten. Das Publikum besonders in der Großstadt wird falsche Namen angeben und kann dadurch nie erfaßt werden. Dem Paragraphen über das Behandlungsverbot der Kurpfuscher wird niemals die richtige Geltung verschafft werden können. Theoretisch klingen die Entwürfe alle sehr schön, sie müssen aber auch praktisch durchführbar sein, sollen sie irgend einen Erfolg zeitigen. E. Langer-Berlin.

Geschlechtskrankheiten und Prostitution, von Tjaden-Bremen. (Klin. W., 1923, Nr. 7, S. 312.) Eine Rundfrage des Verf. bei den bremischen Ärzten nach den innerhalb des April—Juni-Vierteljahres 1922 bei ihnen zur Behandlung gekommenen frischen Tripper- und Syphilisinfektionen wurde von 98,5% aller Ärzte beantwortet, so daß diese Zahlen eine gewisse Zuverlässigkeit wenigstens als Mindestzahlen beanspruchen können. Nach Umrechnung ergibt sich, daß von der bremischen Bevölkerung in einem Jahre 3600—4000 Personen an einer oder beiden Krankheiten sich infizieren. Die chronischen Fälle sind nicht eingerechnet. In den Altersklassen 14—19 überwiegt die Zahl der erkrankten Mädchen die der Männer fast um das Doppelte, bis zum vollendeten 30. Lebensjahr ist fast die Hälfte der Bevölkerung mit einer der beiden Krankheiten infiziert. Hier ist beschleunigte Abhilfe dringend notwendig. Die geringste Infektionszahl stammt aus der Helenenstr., in der in einer Beobachtungswoche 65 Prostituierte anwesend waren. Dabei kommt auf die Helenenstr.-Prostituierten nach Beantwortung einer Zählkarte im Jahr ein Geschlechtsverkehr von insgesamt rund 162000mal, d. h. jede Bewohnerin hat jährlich 2400mal Verkehr mit Männern. Gegenüber dieser großen Geschlechtsverkehrszahl haben in der Helenenstr. in dem gezählten Vierteljahr nur 11 Infektionen stattgefunden, dagegen im übrigen Bremen 695. Somit steht der sanitäre Nutzen der Prostituierten in dieser kasernierten Straße gegenüber den Straßenprostituierten außer Zweifel. Auch moralisch stellen diese Prostituierten eine gehobene Schicht dar. Eine Aufhebung dieser Straße würde die dort frei wohnenden und ihre eigene Wirtschaft führenden Prostituierten obdachlos machen uud würde somit nur eine Erhöhung der Ansteckungsmöglichkeiten bedeuten. Im zweiten Teil seiner Arbeit setzt sich Verf. auf Grund seiner Erfahrungen und Anschauungen mit den im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorhandenen Bestimmungen über Sanierung der Prostitution auseinander. E. Langer-Berlin.

Zur sozialen Struktur und Psychologie der geheimen Prostitution, von Julian Marcuse-Ebenhausen. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 8.) Das Material umfaßt Erkundungen, die nach einem vorher festgestellten Fragebogen im Jahre 1912 an 810 der Münchener Behörde vorgeführten Mädchen angestellt worden sind. Es fanden sich unter ihnen unter 15 Jahren 5, von 15—19 Jahren 256, von 20—24 Jahren 260 usw. Aus der Stadt stammten 336, vom Lande 473, außerdem 1 Zigeunerin (die „Unschuld vom Lande" wird hierdurch eigenartig beleuchtet). Ehelich geboren waren 633, unehelich 187 (das widerspricht der vielfach verbreiteten Anschauung von der Be-

Digitized by Google

deutung der unehelichen Geburt für das Anheimfallen an die Prostitution). Nach dem Berufe der Familien stammten die Mädchen vorwiegend aus Arbeiter- (301) und Handwerkerfamilien (129). Erblich belastet waren 446 (Alkoholismus 195, Geisteskrankheiten 51, Epilepsie 20), gesunde Eltern hatten 176. Unter eigenen schweren Erkrankungen sind hervorzuheben Lungenleiden 95, Geistesschwäche 20, Nervenleiden 31, Alkoholismus 26. Beruflich ausgebildet waren 607, nicht ausgebildet 203. Bei Eltern und Verwandten lebten 172, in der Fremde 601, verheiratet waren 37. An Geschlechtskrankheiten waren zur Zeit der Untersuchung oder vorher erkrankt (zum Teil mehrmals) 462, bisher angeblich gesund 370. Als veranlassende Momente für den Beginn der Prostitution wurden angegeben bei 91 schlechte Gesellschaft, 163 Leichtsinn, 65 direkte Verführung, 154 Not. Der Berufsbezeichnung nach waren Dienstmädchen 824, Kellnerinnen 576, Fabrikarbeiterinnen 306, Näherinnen 199, Ladnerinnen 160 usw. Als Ursache ist im wesentlichen Not aufzufassen, jedoch nicht im materiellen Sinne, sondern im Sinne der Unmöglichkeit, im Kampfe gegen gesteigerte Sinnesempfindungen und affektive Reize moralische Hemmungen zum Durchbruch kommen zu lassen. Bemerkenswert ist die große Beteiligung ungelernter Mädchen und der Einfluß des Eintrittes aus dem Elternhause in die Fremde. E. Levin-Berlin.

Verschiedenes.

Geschlechtsbestimmung, von H. W. Siemens. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 9.) Nach den neueren Anschauungen ist nur ein Geschlecht heterozygot, das andere homozygot, und zwar verhalten sich in dieser Beziehung die verschiedenen Arten verschieden; bei den Säugetieren ist anscheinend ausnahmslos das männliche Geschlecht heterozygot. Bei den Säugetierweibchen ist die Geschlechtsanlage aus zwei unter sich gleichen Paarlingen zusammengesetzt, beim Männchen ist die Anlage nur in einfacher Ausfertigung vorhanden. Es gibt also nur einerlei Ei-, aber zweierlei Samenzellen, und zwar männlich und weiblich bestimmte in gleicher Anzahl. Auch beim Menschen liegt die erste und entscheidende Ursache der Geschlechtsdifferenzierung in der Zusammensetzung des Idioplasmas, ist also im Augenblicke der Befruchtung bereits bestimmt. Ob eine nachträgliche Änderung des erblich fixierten Geschlechtes durch Außeneinflüsse möglich ist, erscheint — wenigstens für den Menschen — fraglich, jedenfalls könnten wir eine solche nicht willkürlich bewirken. Sollte es möglich werden — etwa durch Serumproben — schon frühzeitig das Geschlecht des Fötus zu erkennen, so könnte durch Abtreibung von Föten unerwünschten Geschlechtes eine Änderung der Geschlechtsverhältnisse der Geborenen bewirkt werden. Das wäre aber keine willkürliche Geschlechtsbestimmung; eine solche ist nur durch Selektion weiblicher von männlichen Spermatosomen denkbar. E. Levin-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Reaktionsunterschiede zwischen gefärbter und ungefärbter Haut. 1. Mitteilung, von Hans Königstein-Wien. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1923, Bd. 97, S. 262—271.) 1. Bei perkutaner Applikation einer Jothionsalbe und bei Jontophorese von NaJ scheiden schwarze Kaninchen langsamer aus als weiße. Der schwarzweiße Hund resorbiert bei Verwendung schwarzer Hautstellen langsamer, als bei Benutzung weißer. 2. Die Entzündung der Haut beschleunigt die Resorption, doch bleibt die Differenz in der Ausscheidungszeit bei Verwendung schwarzer und weißer Hautstellen gewahrt. 3. Nach subkutaner Injektion von NaJ scheiden schwarze Kaninchen schneller aus als weiße, bei Verwendung anderer Substanzen ergeben sich abweichende Resultate, so daß vielleicht die Beschaffenheit der injizierten Substanz Einfluß auf die unterschiedlichen Resorptionszeiten hat. 4. Für die Unterschiede in der Resorptionszeit ist die Beschaffenheit der Haut maßgebend, da die gleichen Differenzen auch bei gescheckten Tieren beobachtet werden, wenn verschieden gefärbte Hautstellen verwendet werden und weil schwarze und weiße Tiere nach intravenöser Einverleibung nach gleichen Zeiträumen ausscheiden. 5. Die schwarzen Haarinseln zeigen bei Quellungsversuchen und Adsorption einer Farblösung ein abweichendes Verhalten gegenüber den weißen Stellen schwarzer und weißer Kaninchen. H. Soltmann-Leipzig.

Über die Beziehungen zwischen Epithel- und Bindegewebe bei Transplantation und Explantation, von T. Mitsuda, Patholog. Univ.-Inst. Berlin. (Virchows Arch., April 1923, Bd. 242, H. 1/2.) Versuche, um klarzustellen und zu vergleichen,

Digitized by Google

wie sich die aus ihrem Zusammenhang gelösten Gewebsteile verhalten, wenn sie andere Stellen verpflanzt, unter dem Einfluß des lebenden Organismus verblieben u wenn sie nur in dem erstarrten Plasma, ohne daß eine Einwirkung lebender Zellen auf noch möglich war, belassen wurden. Die wichtigsten Erscheinungen bei 1. Implantation der Speicheldrüse in die Bauchhöhle oder Niere sind erstens Nekros zweitens Regeneration; anfangs überwiegt erstere und zwar bei den höchst differenzierte Epithelzellgruppen. Bald beobachtet man daneben Wachstum, das von den widerstandsfähigen Zellen der Gangsysteme ausgeht, meist von den Ausführungsgängen, zuweile jedoch auch von den Drüsenläppchen. Zwischen den Befunden an der Speicheldrüs die in die Bauchhöhle oder die in die Niere transplantiert wurden, gibt es keine Unter schiede, nur ist bei letzterer der Wachstumsgrad geringer. 2. Bei der Explantation der Speicheldrüsen sind die Wachstumsvorgänge ähnlich jenen bei der Implantation. In der Umgebung des Explantates bilden sich um das Blutplasma allmählich Hohlräume aus, die wahrscheinlich durch das Vordringen des wachsenden Gewebes entstanden sind. Das Wachstum der Epithelzellgruppen im Blutplasma kann mit oder ohne Begleitung von Bindegewebe vor sich gehen. 3. Bei der Explantation der subkutan transplantierten Speicheldrüse geht das Bindegewebe, welches bei der Transplantation die sich dort neugebildeten Zellzapfen- und Schläuche umgeben hat, zugrunde. Der Rand des Explantates ist von einer ein- oder mehrreihigen Epithelschicht umgeben, deren Zellen vergrößert sind; diese Schicht verdickt sich allmählich, hebt sich vom Rande ab und setzt ihr weiteres Wachstum im Blutplasma fort. Die Explantationsversuche mit anderen Organen, wie Leber, Lunge, Schilddrüse und Pankreas, ergaben ähnliche Resultate wie mit der Speicheldrüse. Bei den in das Blutplasma hineinwachsenden Leberzellen sieht man innerhalb eine deutliche braune Pigmentierung, während Kernteilungen zugleich die Vitalität dieser Zellen anzeigen. Bei der Im- und Explantation von submaxillarer Speicheldrüse herrschte darüber Übereinstimmung, 1. daß sowohl an den Rändern wie im Innern der im- oder explantierten Stücke ein großer Teil der Drüsenzellen zugrunde geht und 2. eine lebhafte Regeneration vorwiegend von den Zellen der Ausführungsgänge stattfindet. Unterschiede bestehen zunächst in dem Verhalten des Bindegewebes: in den Implantaten wachsen von der Nachbarschaft her Bindegewebe und Blutgefäße um das Implantat und in dieses hinein, im Explantat treibt das Bindegewebe vielfach mächtige Sprossen in das Plasma hinein, es wächst aus, wobei bald die Zellen sich zu Verbänden vereinigen, bald einzeln immer weiter in das Plasma eindringen. Das wichtigste und lehrreichste Ergebnis seiner Untersuchungen scheint M. darin zu liegen, daß ein voneinander unabhängiges Wachstum von Bindegewebe und Epithel festgestellt werden konnte. Unter normalen und manchen pathologischen Verhältnissen sind die Beziehungen zwischen Bindegewebe und Epithelzellen so innige, daß schwer festzustellen ist, welches von beiden Teilen primär anregt — Meinungsverschiedenheiten, die ja hinsichtlich der Genese des Krebses bestehen. In den Explantaten dagegen konnte man, sowie in einem weiter fortschreitenden Krebs die völlige Unabhängigkeit von Epithel- und Bindegewebswachstum nachweisen, und es scheint sogar, als ob das Epithel sich mächtiger und feiner entfalten kann, wenn es nicht mehr unter dem Einfluß des Bindegewebes steht. Der durch M.s Passagen geführte Nachweis, daß das Epithel, wenn es nur wieder in neues, von Abbaustoffen freies Plasma versetzt wird, seine Wucherungsfähigkeit lange behält, zeigt eine gewisse Übereinstimmung mit dem Verhalten der Zellen epithelialer Blastome. Literaturverzeichnis.

M. Stern-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der XXIII. Kongreß der Association Française d'Urologie findet vom 10. Oktober ab in Paris unter dem Vorsitze von Prof. André-Nancy statt.

Gestorben: Dr. James Mac Farlane Winfield, gewesener Professor der Dermatologie am Long Island College Hospital in Brooklyn, N. Y. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

September 1923 | Nr. 35 | Band 77

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Budapester Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Török).

Beiträge zur Kenntnis von Hautveränderungen netzförmiger Anordnung, vorzüglich entzündlicher Natur.

Von

Dr. E. Lehner und Dr. D. Kenedy, Assistenten der Abteilung.

Wir beschrieben im Arch. f. Derm. (Bd. 141, H. 3) Fälle von netzförmigen oder verästelten Zeichnungen der Haut, von welchen wir feststellen konnten, daß sie klinisch und histologisch eine Entzündung der oberflächlichen Hautschichte sind, des weiteren, daß sie in den lividen Stellen der generalisierten und intensiven Cutis marmorata lokalisiert waren. Wir haben gleichzeitig festgestellt, daß sowohl äußere als innere Ursachen Hautentzündungen dieser Form hervorzurufen imstande sind. Von diesen haben wir bei einem Teile unserer Fälle eine äußere Einwirkung (Hitze), bei anderen Tuberkulose bzw. Syphilis nachgewiesen, gleichzeitig aber der Überzeugung Ausdruck verliehen, daß auch andere Ursachen gegebenenfalls ähnliche Veränderungen zu setzen imstande sind.

Einige weitere Beobachtungen und seitdem erschienene oder uns erst jetzt bekannt gewordene Mitteilungen der Literatur haben uns veranlaßt, auf diese Frage neuerlich zurückzukehren. Unsere diesbezüglichen Beobachtungen sind die folgenden:

Fall 1. Bei einem 14jähr. Mädchen ist an den Innenseiten der Unterschenkel eine lividrote, netzförmige Zeichnung wahrnehmbar. Die Zeichnung kommt dadurch zustande, daß 2—4 mm breite lividrote Streifen kronengroße, normale Hautfelder umschließen. Bei dem Kinde ist eine intensive, auf dem ganzen Körper verbreitete Cutis marmorata vorhanden. Die lividen entzündlichen Streifen gehen an ihren Enden ohne scharfe Grenzen in die lividen Streifen der Cutis marmorata über. Pat. gibt an, während des Winters stets an einem kleinen Eisenofen gesessen zu haben. Ansonsten an der Körperoberfläche nichts Krankhaftes nachweisbar. Keine Ichthyosis. Pondorff: negativ, WR negativ. Innere Organe gesund.

Fall 2. P. S., 10jähr. Mädchen (Mutter an Lungentuberkulose gestorben, Vater und vier Geschwister gesund), suchte unsere Ambulanz wegen ihres Fußleidens auf, welches seit 2—3 Wochen besteht.

Hautstatus: Die Haut der Unterschenkel bis in die Mitte der Oberschenkel zeigt eine netzartige Zeichnung. 3—4 mm breite livide Streifen umgeben kronen- bis handtellergroße normale Hautfelder. An den Oberschenkeln ist diese Zeichnung blitzfigurartig. Am ganzen Körper ist eine intensive und langdauernde Cutis marmorata sichtbar, welche bei Aufenthalt in Zimmertemperatur nach einer Stunde allmählich abblaßt, die lividen Streifen des Netzes an den unteren Extremitäten und die blitzfigurartige Zeichnung verschwindet nicht. Diese stabile Zeichnung geht an ihren Enden in die lividen Streifen der Cutis marmorata über. An diesen lividen Stellen sind an beiden Unterschenkeln die Kutis und die oberflächlichen Teile der Subkutis einnehmende, bis

Digitized by Google

nußgroße Infiltrate tastbar. Die Infiltrate sind in den stabilen Streifen eingelagert bzw. sie tragen zur Bildung dieses Netzwerkes bei. Bei der Pat. ist eine ausgesprochene Ichthyosis mittleren Grades, hauptsächlich an den Extremitäten sichtbar. Papulonekrotische Tuberkulide an den Streckseiten der oberen Extremitäten. Conjunctivitis lymphatica o. s. Röntgenbefund: Verschleierung im Hylus. WR negativ. Pondorff: stark positiv. Diagnose: Erythema induratum Bazin, papulonekrotische Tuberkulide.

Seit unserer Mitteilung fanden wir noch folgende diesbezügliche Beschreibungen in der Literatur.

Herxheimer und Koppenhöfer (Arch. f. Derm., Bd. 141, H. 2) teilten mehrere Fälle mit, bei denen nach Schwefelbädern oder nach Applikation von tagelang fortgesetzten feuchten Umschlägen mit Borwasser, essigsaurer Tonerde, nach differenter Salbenbehandlung eine netzförmig angeordnete Hautrötung entstand. Histologisch handelte es sich um eine einfache Dermatitis, insbesondere um eine entzündliche Reizung der oberflächlichsten Hautgefäße. Zur Erklärung dieser retikulären Hautentzündung ziehen die Genannten die Ichthyosis heran, welche in ihren Fällen vorhanden war. Die Hornschicht von Ichthyotikern weist oft tiefe Läsionen und Rhagaden auf, die sich der groben Hautfelderung entsprechend netzförmig über die Haut fortsetzen kann. Bei einer solchen Hautstruktur sollen chemische, differente Mittel auf der Oberfläche appliziert durch die bereits vorgebildeten feinen Hornschichtaufsplitterungen und Risse äußerst schnell dem interzellulären Säftestrom des Rete Malpighi zugeführt und in tiefere Hautschichten getragen werden, wo sie Entzündung erregen.

Wir haben nur bei einem unserer Fälle (Fall 2) Ichthyosis vorgefunden. Zwischen den Hornschichtfurchen und den lividen Stellen konnten wir aber keinen Zusammenhang nachweisen. Die Entzündung lokalisiert sich auch in diesen Fällen in den lividen Streifen der Cutis marmorata. Überdies entstand die retikuläre Entzündung in unserem Falle auf hämatogenem Wege so, daß die vorhandene Ichthyosis zur Erklärung der netzförmigen Entzündung nicht verwendbar ist.

In der „D. m. W., 1918“ [1]) beschrieben Hoffmann und Habermann bei den Schmieröldermatitiden einen eigenartigen Typus. Bei diesen Fällen entsteht eine netzförmige, braune, lichenoide Pigmentation der Haut neben follikulärer Hornpfropfbildung. Die Pigmentation ist der Cutis marmorata ähnlich und entspricht dem Verlauf des Venennetzes. Die Pigmentation besteht aus kleinsten, dichten, stark an Lichen planus erinnernden Knötchen. Histologisch lassen sich herdförmige, oberflächliche, perivaskuläre Rundzelleninfiltrate in der papillären und subpapillären Kutisschicht und starke Anhäufung von Chromatophoren in der oberen Kutisschicht nachweisen. Für die Entstehung kommen verunreinigtes Schmieröl (Teer, Pech), schlechtes Kriegsvaselin, Paraffin, Seifen, Salben in Betracht. Aber auch auf hämatogenem Wege kann Teer bzw. Teerdämpfe durch Einatmung dasselbe Krankheitsbild hervorrufen.

Zu den bisher gekannten Krankheitsursachen der netzförmigen Entzündungen in den lividen Streifen der Cutis marmorata kommen daher die von Herxheimer und Koppenhöfer beobachteten Schwefelbäder und die von Hoffmann und Habermann beschriebenen Ursachen, und zwar verunreinigtes Schmieröl, schlechtes Vaselin, Paraffin, sowie Teer; letzteres kann auch durch Einatmung auf hämatogenem Wege dasselbe Krankheitsbild hervorrufen.

Die von Obermiller (Arch. f. Derm., Bd. 142, H. 2) beschriebenen Fälle von Lichen pigmentosus gehören offenbar auch hierher. Denn es handelt sich um einen netzförmigen Ausschlag, welcher aus kleinsten, dunkelroten und braunen, glänzenden Hautschildchen besteht. Die Pigmentierung folgt dem Verlaufe des oberflächlichen Hautvenennetzes. Er konnte nur bei 2 Fällen — insgesamt beobachtete er 24 Fälle — die Ursache für die Entstehung des Leidens einwandfrei ausfindig machen, und zwar bei

[1]) Diese Beschreibung stand uns bei unserer ersten Publikation nicht zur Verfügung.

Digitized by Google

einem Schlosser das Schmieröl und bei einem Schmied die Hitze des glühenden Eisens. Trotzdem Obermiller die Überzeugung gewonnen hat, daß seine Fälle mit der Melanodermatitis toxica lichenoides von Hoffmann übereinstimmen, faßt er seine Fälle als atypischen (abortiven) Lichen planus auf.

Der lichenoide Charakter einer auf exogenem Wege entstandenen Entzündung läßt sich oft genug beobachten, und zwar nach Ablauf der stärkeren Entzündungserscheinungen und nach längerem Bestehen. Da aber Obermiller 3 Fälle mit typischen Lichen-planus-Effloreszenzen, auch an der Mundschleimhaut, beobachten konnte, ist es möglich, daß auch Lichen planus in der Anordnung der retikulären Entzündung zur Entwicklung gelangen kann, was auch die Fälle von Pirilä, Ledermann zu beweisen scheinen. Doch warnen Hoffmann und Habermann vor der Fehldiagnose Lichen ruber!

Daß die retikuläre Entzündung auch auf hämatogenem Wege entstehen kann, haben wir in unseren früher publizierten Fällen nachgewiesen. Unsere jetzige Beobachtung (Fall 2) zeigt wieder sehr instruktiv, daß die retikuläre Zeichnung den lividen Stellen der Cutis marmorata entspricht. In dieser lividen Zeichnung der Cutis marmorata entstehen nicht nur die oberflächlichen Entzündungen des retikulären Netzes, sondern auch die tieferen in der Kutis und Subkutis sitzenden Erythema-induratum-Knoten.

Ehrmann und seine Schule konnten in den von ihnen beobachteten Fällen eine Erkrankung der tiefen arteriellen und auch venösen Gefäße an der Kutis-Subkutisgrenze nachweisen. Neuerlich veröffentlicht Polak von der Abteilung Ehrmann (Arch. f. Derm., Bd. 143, H. 1/2) einen Fall von generalisierter Livedo racemosa, bei der er eine Endoarteritis der Gefäße der Subkutis und zum Teil auch der Cutis fand. Es entstehe seiner Ansicht nach eine Stauung in den größeren Arterien, weil die propulsatorische Kraft dieser Arterien durch die Erkrankung gelitten hat.

Diesen Fällen gegenüber stehen aber solche, in welchen eine organische Gefäßläsion nicht nachweisbar war, trotzdem die Exzision bei einigen, wie z. B. in unseren Fällen, bis zur Faszie reichte. Dies sind die Fälle von Alexander, Waelsch, Hess und Kerl, Hoffmanns hämatogene Teertoxidermien, unsere Beobachtungen und schließlich die auf exogenem Wege entstandenen Fälle. Immerhin müssen wir annehmen, daß in einem Teil der Fälle, welche auf hämatogenem Wege entstehen, die Endoarteritis der Gefäße der Subkutis für das Zustandekommen der netzförmigen Zeichnung verantwortlich sein kann.

Schlußfolgerungen.

Die netzförmige Zeichnung von Entzündungen entsteht in den lividen Stellen der Cutis marmorata. Äußere Krankheitsursachen (Hitze, Kälte, Dunstumschläge, Schwefelbäder, Schmieröl, Teer, unreines Vaselin, Paraffin, differente Salben und noch unbekannte Noxen) und innere Ursachen (Syphilis, Tuberkulose, Arteriosklerose, Krankheiten der innersekretorischen Drüsen, Endokarditis, Polyarthritis rheumatica, Teerdämpfe und weitere noch nicht bekannte Ursachen) rufen ähnliche Bilder hervor. In allen Fällen sind die lividen Stellen der Cutis marmorata der Angriffspunkt.

Bei den Fällen exogenem Ursprunges ist am Anfang des Leidens eine Entzündung zugegen, welche mit Jucken und Brennen einhergeht;

Digitized by Google

bei Fortdauer der Entzündung verschwinden die subjektiven Erscheinungen und die entzündeten Streifen werden pigmentiert. In den Fällen von hämatogener Entstehungtritt die Pigmentation gegenüber der Entzündung stark in den Hintergrund. Die Entzündung verursacht keine nennenswerten subjektiven Beschwerden.

Die Zeichnung der retikulären Entzündung ist bei exogen entstandenen Fällen meistens netzförmig und zeigt auffallend das Bild der Cutis marmorata, da die Noxe sozusagen alle Teile des lividen Netzes der Cutis marmorata gleichmäßig trifft. In den hämatogen entstandenen Fällen beobachten wir öfter verästelte, baumförmige oder blitzfigurartige Zeichnungen, da ein Teil des lividen Netzwerkes der Cutis marmorata gewöhnlich von der Entzündung verschont bleibt.

Der Verlauf dieser entzündlichen Zeichnung hängt von der Dauer der Einwirkung des Schädigungsgrundes ab.

Je nach den Eigenschaften der krankmachenden Ursache können außer entzündlichen Hautveränderungen auch Gewebsveränderungen anderer Natur entstehen. Der Teer z. B. kann follikuläre Hornpfropfbildung, die Tuberkulose eine Nekrose des entzündlichen Infiltrates verursachen. Sollte es sich in den oben angeführten Fällen von Oberміller, Pibilä und Ledermann doch um Lichen planus handeln, so müßte angenommen werden, daß der unbekannte Erreger derselben auf dem Wege des Blutkreislaufes in das Netzwerk der Cutis marmorata und auf die Mundschleimhaut gelangt ist und dort die dem Lichen planus entsprechenden Veränderungen hervorgerufen hat.

Behandlung des Xanthoma palpebrae mit Ignipunktur.

Von

Prof. Joh. Fabry,

Direktor der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund.

In den modernen Lehrbüchern (Riecke, Lesser, Joseph-Kosmetik u. a.) wird neben Elektrolyse die Exzision als beste Methode der Beseitigung des Xanthoma palpebrae empfohlen, während die von Unna (Mh. f. pr. Derm., 1898, H. 26) empfohlene multiple Punktierung anscheinend auch heute noch wenig Anhänger gefunden hat. Da ich mich seit mehr als 25 Jahren bei relativ vielen Fällen von Xanthoma palpebrae mit dem besten Erfolge der Galvanokaustik bedient habe, so möchte ich kurz über meine Erfahrungen berichten. Das Verfahren ist wesentlich vervollkommnet dadurch, daß man mit Lokalanästhesie arbeitet und anstatt des Unnaschen Mikrobrenners den sogenannten indirekten nadelfeinen Galvanokauter verwendet. So ist man in der Lage, unter den für einen kosmetischen Erfolg günstigsten Bedingungen zu operieren; der Patient stört wegen der Schmerzlosigkeit nicht durch Unruhe, und die feinen Einstichöffnungen heilen, ohne Narben zu hinterlassen. Bei ausgedehnteren Xanthomen wird man mehrere Sitzungen nehmen, und zwischen den einzelnen Einstichen läßt man zweckmäßig einen kleinen Zwischenraum, da durch die Kaustik nicht nur die behandelte Stelle selbst, sondern auch

Digitized by Google

manchmal Geschwulstteile der Umgebung zur Resorption kommen unter möglichster Schonung der Epidermis. Unna hat das in seiner zitierten Arbeit hervorgehoben, und ich kann es nach meinen Erfahrungen bestätigen. Vor der Elektrolyse hat die Ignipunktur den Vorzug der schnellen Wirkung. Die Exzision ist doch nur bei umschriebenen Xanthomen ausführbar, und man sieht zuweilen recht ausgedehnte Fälle, bei denen zirkulär beide Ober- und Unterlider befallen sind und eine Exzision also gar nicht erwogen werden kann. Immer wird man gut tun, sich die Kranken nach einiger Zeit zur Nachschau zu bestellen, um noch etwa gebliebene Reste zu beseitigen, ferner, um evtl. Rezidive zu vermeiden. Bei jeder Kaustik tritt, wie wir wissen, an den Lidern eine relativ starke Reaktion eine, besonders bei Operationen ausgedehnter Xanthome, und man weist deshalb die Patienten an, sich ein oder zwei Tage ruhig zu verhalten und kalte Aufschläge auf die geschwollenen Lider mit Lösung von essigsaurer Tonerde oder 1%iger Boraxlösung zu machen. Wer sich die Technik des geschilderten Verfahrens zu eigen machen will, operiere zunächst nur Xanthome geringeren Umfanges. Die Methode ist in der Tat allen anderen überlegen.

Auf das weite Feld therapeutischer Betätigung der Ignipunktur in der Dermatologie soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Ein Fall von dreimaliger Ansteckung mit Syphilis[1]).

Beitrag zur Frage der Neuansteckung nach Abortivbehandlung bei Syphilis.

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag.

Die Frage der Abortivheilung der Syphilis ist eng verknüpft mit dem stark umstrittenen Gebiet der Neuansteckung bei Syphilis. Als Beweis eingetretener Heilung gilt im allgemeinen Neuansteckung oder Gesundbleiben der Frau und der Kinder. Aber ganz lückenlos ist auch in diesen Fällen der Beweis für das Erloschensein der Syphilis nicht: Frau und Kinder können gesund bleiben, auch wenn die Syphilis nicht ganz geheilt ist. Es sind genügend solche Familien bekannt, wo es dann trotzdem zu einer metasyphilitischen Erkrankung des Mannes kam. Bei einer Neuansteckung wiederum ist es nie ganz sicher, ob es sich um eine Reinfektio oder eine Superinfektio handelt. Zieht man den Kreis so eng, wie z. B. Finger, der nur jene Fälle von seronegativer primärer Lues als Reinfektio gelten läßt, die stets seronegativ geblieben sind, dann wird man wohl selten von Reinfectio syphilitica sprechen können. Dieser Standpunkt mag wohl theoretisch einwandfrei sein, aber praktisch ist er nicht, weil er einesteils der WR zu viel Wert beimißt auf einem Gebiete, wo sie nur quantitative Bedeutung hat, anderer-

[1]) Vorgetragen in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Prag am 11. März 1923.

Digitized by Google

seits den seropositiven Primärfällen die Möglichkeit abortiver Heilung zu sehr einschränkt.

Beurteilt man den Ausfall der WR nur nach der Originalmethode, dann werden bedeutend mehr Fälle seronegativ bleiben, als es der Fall wäre, wenn die Seroreaktion mit der Aktivmethode oder gar nach KAUP angestellt würde. Das heißt mit anderen Worten, daß die Anerkennung eines Falles als Reinfektio davon abhängt, welche Methode der Serologe bei der betreffenden Untersuchung angewendet hat.

Andererseits ist es außer Zweifel, daß auch Fälle mit Primäraffekten und schon positiver Seroreaktion abortiv geheilt werden können, wenn man die Behandlung genügend intensiv gestaltet. Als Kriterien für die Feststellung einer Neuansteckung nach Abortivbehandlung haben demnach zu gelten:

1. Spirochätennachweis in dem ersten Primäraffekt.
2. Ausreichende Behandlung.
3. Völlige Symptomlosigkeit durch ungefähr 1 Jahr bei möglichst häufiger Untersuchung.
4. Eventuell: Negativbleiben der Seroreaktion nach provokatorischer Salvarsaninjektion, die frühestens $^3/_4$ Jahr nach Abschluß der Behandlung vorgenommen wurde.
5. Sichergestellte zweite Ansteckung, Untersuchung der Ansteckungsquelle, normales Inkubationsstadium, Spirochätennachweis im zweiten Primäraffekt.
6. Ausfall der Seroreaktion entsprechend dem Alter des Primäraffektes.
7. Allmählich sich ausbildende Leistendrüsenschwellung, erst einseitig, dann beiderseitig.
8. Bei Nichtbehandlung Entstehung eines typischen ersten Exanthems.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien konnte ich an meinen bis zu 12 Jahre beobachteten Abortivfällen 4 Fälle von Neuansteckung veröffentlichen, zu denen sich jetzt noch 2 hinzugesellen. Der eine davon — Fall 5 in der Zusammenstellung — bietet nichts Besonderes. Dagegen stellt der andere eine ganz außergewöhnliche Seltenheit dar, da es sich um eine dritte Ansteckung bei einem Individuum handelt. In der Weltliteratur kommt nur eine derartige Beobachtung vor, die OLTRAMARE unter 19 Fällen von syphilitischer Reinfektion veröffentlicht[1]).

In meinem Bericht über Abortivbehandlung aus dem Jahre 1921 wurde Fall 4: L. H. unter den Reinfektionen beschrieben. Nach Abschluß der zweiten Abortivbehandlung war die WR am 11. IX., 24. XI. 1921 und am 16. IV., 29. VIII. 1921 negativ. Am 11. XI. 1922 stellte er sich wieder vor mit einem Geschwür an der Oberseite des Gliedes (III, 7), rechts von der Mittellinie saß ein typisches, linsengroßes, glänzendes, fleischfarbenes Geschwürchen, das einen feinen, roten Saum zeigte. Das Geschwürchen war am Rande der Beschneidungsnarbe gelegen. Leistendrüsen rechts haselnußgroß, schmerzlos, links nur unbedeutend vergrößert. Im Reizserum waren reichlich typische, zarte Spirochäten durchs Dunkelfeld nachzuweisen. WR ++, HECHT-Reaktion +++.

Die Anamnese ergab: Am 30. IX. vorletzter Verkehr mit einem Mädchen, das er im Kaffeehause kennengelernt hatte. Am 28. X. letzter Verkehr mit einem anderen Mädchen. Letzteres kam am 14. XI. zur Untersuchung, die keinerlei Zeichen für be-

[1]) Nach Fertigstellung des Manuskriptes erschien eine Arbeit von WIRZ, der einen solchen Fall beschreibt (M. m. W., 1923, S. 430).

Digitized by Google

	1. Infektion					2. Infektion					3. Infektion			
	Infektion	Zahl und Sitz der Primäraffekte	WR	Behandlung	Symptomfreie Zwischenzeit	Nach-untersuchungen	Infektion	Zahl und Sitz der Primäraffekte	WR	Behandlung	Symptomfreie Zwischenzeit	Nach-untersuchungen	Infektion	Zahl und Sitz der Primäraffekte	WR
1	Ende Aug. 1911	2: S. 5	+++ 11. X. 1911	Exzision 1,1 g Altsal. + 10 Kal.	41 Monate	10	Mai 1916	Fren.	?						
2	Ende Okt. 1911	3: S. 4, 5 II, 4	+++ 8. XII.	0,6 AS. + 11 Kal.	4 Jahre	1	Jan. 1916	2: S. 5, III	+++ 17. III.						
3	1. XI. 1910	3: S. 4, 5 S. 8	++ 30. XI.	1,3 AS. + 6 Touren	3 Jahre	22	Anf. April 1914	2: III, 1	— 5. V.	1.2 NS. 9 Kal.					
4	April 1919	2: Si. 3 Fren.	— 5. V.	Exzision 2 Kuren 9 NS. (5,65 g) + 210 g Kal. — Ebaga	8 Monate	3	Juni 1920	-1: III, 7—8	— 4. VII.	3 NS. + 120 g Kal. — Ebaga	27 Mon.	4	30. IX. 1922	1: III, 7	++ 13. XI.
5	? 1. XII. 1919	1: Sg. 1, 2	+ 15. XII.	4 NS. (2.4) + 2 Kal. (Malaria)	30 Monate	3	? Anf. Aug. 1922	Urethra	pos. (Kaup)	1 AgS. 2 NS.					

Digitized by Google

stehende oder abgelaufene Syphilis ergab; WR war negativ. Das andere Mädchen wollte sich nicht freiwillig untersuchen lassen. Da in Erfahrung gebracht wurde, daß sie noch andere Infektionen verschuldet hatte, mußte die Hilfe der Polizei in Anspruch genommen werden. Die amtsärztliche Untersuchung durch den Polizeiarzt ergab: Papulae luxuriantes ad genit., Papulae tons. utr., Exanthema maculo-papulosum trunci et extr., Leucoderma nuchae. Nach Einlieferung in die Klinik sah ich sie. Ihr Krankheitszustand war ein derartiger, daß sie als Infektionsquelle zweifellos feststand. Die einseitige Leistendrüsenschwellung und die mittelstark positive WR standen mit den Angaben des Kranken, er hätte sich vor 6 Wochen angesteckt, ganz gut im Einklang. Das andere Mädchen kam als Infektionsquelle nicht in Betracht, weil sie selbst erst bei dem einzigen Verkehr am 28. X. angesteckt worden war. 14. XI. war sie symptomlos. Am 9. XII. kam sie zur Ordination mit der Angabe, seit 14 Tagen eine Aufreibung zu spüren. Bei der Untersuchung zeigte sich in der Falte zwischen linker großer Schamlippe und Oberschenkel $1^1/_2$ cm von der unteren Kommissur entfernt ein flaches, halbhellergroßes Geschwür mit Fibrinbelag und zartem, rotem Saum. Reichlich Spirochäten. Leistendrüsenschwellung links von Haselnußgröße. Hecht-Reaktion —. Ein anderer Verkehr wurde in Abrede gestellt; auch entsprach der Primäraffekt an der linken Seite ganz gut dem an der rechten Seite des Mannes.

Damit erscheint die Beweiskette für eine echte Neuansteckung geschlossen.

Zur Annahme einer Superinfektion ist gar kein Anlaß vorhanden, da die Infektionsverhältnisse klargestellt werden konnten. Nur durch die genaue Untersuchung der beiden in Frage kommenden Frauen war dies möglich geworden. Und deshalb ist bei solchen Fällen besonderer Wert auf die Konfrontierung zu legen. Natürlich soll die Möglichkeit von Reinfektionen nicht in Abrede gestellt werden. Zumal da in jüngster Zeit auch der tierexperimentelle Beweis dafür von Buschke und Kroo erbracht wurde. In vorstehend beschriebenem Falle handelt es sich aber um das gewiß äußerst seltene Ereignis einer dreimaligen Neuansteckung mit Syphilis nach Abortivbehandlung.

Literatur.

Finger, W. m. W., 1922, Nr. 1. — Oltramare, Ann. des mal. vénér., 1921, J. 16, Nr. 11. — Hecht, D. m. W., 1911, Nr. 44. — Hecht, D. m. W., 1912, Nr. 15. — Hecht, 7. intern. Kongr. f. Derm. u. Syph., Rom, April 1913. — Hecht, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 119, 1. Teil. — Hecht, Arch. f. Derm., 1918, Bd. 126, H. 1. — Hecht, Derm. W., 1921, Bd. 72. — Buschke und Kroó, Kl. W., 1923, Nr. 13.

Minimaldosen in der Dermatologie, zugleich ein Beitrag zur Behandlung des Röntgengeschwüres.

Von

Dr. Heinrich Perl in Frankfurt a. M.

Das Röntgenlicht unterliegt wie jedes andere Medikament dem allgemeinen Naturgesetz, welches lautet: Kleine Dosen wirken fördernd, große hemmend, sehr große vernichtend. In der Röntgentherapie bediente man sich bis vor nicht zu langer Zeit überwiegend der hemmenden und zerstörenden Art der Röntgenstrahlen. Zwar sind schon zu Beginn der Röntgenära Versuche gemacht worden, an Pflanzen die fördernde Eigenschaft der Röntgenstrahlen nachzuweisen. Diese Art von Bestrahlung wurde jedoch nicht auf den Menschen übertragen, weil technische Schwierigkeiten bestanden, die fördernde und hemmende Dosis mit Sicherheit auseinander zu halten. In letzter Zeit

Digitized by Google

sind einige Arbeiten erschienen, welche die Anwendung der Röntgenstrahlen als Reizmittel empfehlen, so z. B. die Reizbestrahlung der Milz zur Bekämpfung von Blutungen, die Reizbestrahlung der Thymus zur Behandlung der Schuppenflechte, die Bestrahlung des Kopfes mit kleinen Dosen zur Behandlung des Haarausfalles, um nur einige Arbeiten zu nennen. Im folgenden will ich über eigene Versuche berichten, die ich mit kleinsten Mengen Röntgenlichtes gemacht habe.

Vor etwa 2 Jahren kam ein Patient in meine Behandlung wegen kreisförmigen Haarausfalles. Die übliche Behandlung war erfolglos und auch die gewissermaßen als spezifisch zu betrachtende Höhensonne brachte keine Besserung. Damals bestrahlte ich den Hauptherd mit etwa $^1/_{20}$ Erythemdosis. Auch diese Behandlung war erfolglos. Aus Furcht vor einer Schädigung setzte ich die Röntgenbestrahlung nicht fort. Angeregt, diese Behandlungsart wieder aufzunehmen, wurde ich durch einen Fall einer Röntgenverbrennung, welche ich zu behandeln Gelegenheit hatte. Ich will die Krankengeschichte nicht im einzelnen mitteilen. Es handelt sich um eine Spätschädigung, $2^1/_2$ Jahre nach Abschluß der Behandlung. An der rechten Wange zeigte sich ein 6 cm langes, $2^1/_2$ cm breites und $1^1/_2$—2 cm tiefes Geschwür. Dasselbe hatte sich nach Angabe des Patienten innerhalb 7 Wochen mit großer Schnelligkeit gebildet. Es war scharf begrenzt, mit steilen Rändern, eitrig belegt und recht schmerzhaft. Es ist zur Genüge bekannt, welche außerordentlichen Schwierigkeiten die Behandlung des Röntgengeschwüres bietet. Als besonders wirksam sind Hochfrequenzströme und Höhensonne bekannt. Aber auch diese Behandlungsmethoden sind sehr langwierig und wegen der langen Dauer mit beträchtlichen Kosten verknüpft. Mir war die günstige Einwirkung des Radiums auf Schädigungen der Haut, wie sie sich z. B. bei den Röntgenologen finden, bekannt. In der mir zugänglichen Literatur fand ich nichts über Röntgenbehandlung von Röntgenschädigungen. Es ist klar, daß es eine Dosis geben muß, welche nur einen Anreiz auf das Gewebe, aber keine Hemmung macht. Um die Haut nach Möglichkeit zu schonen und andererseits eine genügende Tiefenwirkung zu erreichen, wählte ich eine harte Strahlung mit 3 mm Aluminiumfilter und verabfolgte ungefähr $^1/_{20}$ Erythemdosis. Die Wirkung war außerordentlich. Bereits nach 3 Tagen ließ die Absonderung bedeutend nach, das Geschwür begann sich zu reinigen, die Schmerzhaftigkeit wurde geringer. Nach 3 Wochen hatte sich das Geschwür bereits um die Hälfte verkleinert. Nach $2^1/_2$ Monaten wurde eine zweite Bestrahlung ausgeführt, nachdem die Abheilung zu einem gewissen Stillstand gekommen war. Bei Abschluß dieser Arbeit ist das Geschwür ganz flach und noch etwa 1 cm im Durchmesser groß. Bemerkenswert ist, daß sich im Laufe der Behandlung an anderer Stelle der rechten Wange ein zweites, etwa fünfpfennigstückgroßes Geschwür gebildet hat. Dieses ist unterdessen abgeheilt, wie ich annehme unter Wirkung der Röntgenbestrahlung; die zweite Bestrahlung wurde nämlich, wie auch die erste, ohne Abdeckung des Krankheitsherdes gemacht. Außer einem Verband mit essigsaurer Tonerde wurde keine andere Behandlung ausgeführt. Ich habe von diesem Fall Photographien angefertigt, welche meine Ausführungen beweisen sollen. Die sehr langen Pausen zwischen den Bestrahlungen habe ich gewählt, um Schädigungen mit Sicherheit auszuschließen. Ich glaube jedoch sagen zu können, daß es möglich sein wird, diese Pause zu verkürzen.

Der Erfolg der Behandlung veranlaßte mich, diese Art von Bestrahlungen bei Geschwürsbildungen anderer Art zu versuchen. Denn wenn es gelingt, das so sehr schwer zu behandelnde Röntgengeschwür durch Röntgenstrahlen günstig zu beeinflussen, muß es erst recht möglich sein, bei einfacheren Geschwürsbildungen Erfolge zu erzielen. In meine Behandlung trat Herr W. wegen einer schweren Pyodermie des linken Unterschenkels. Es wurde eine Röntgenbestrahlung in der üblichen Weise ausgeführt (100 F. mit 3 mm Al.-Filter). Ferner wurden 5 intravenöse Injektionen von Staphylo-Yatren gemacht und der Unterschenkel täglich, späterhin 2—3mal in der Woche mit dem Scheinwerfer bestrahlt. Nach 3 Wochen waren noch drei über fünfmarkstückgroße Geschwüre übrig. Diese wurden einzeln mit kleinster Dosis geröntgt. Zwei derselben heilten bereits nach einer Bestrahlung ab. Das dritte mußte 3mal bestrahlt werden. Vielleicht spielt hierbei eine gewisse Gewöhnung an das Röntgenlicht eine Rolle, wie ja auch die Haut sich an das Sonnenlicht gewöhnt, so daß immer größere Dosen nötig sind. In einem anderen Falle heilte ein Geschwür des Unterschenkels innerhalb 14 Tagen ab, ohne daß irgend eine andere Behandlung gemacht wurde.

Die Geschwüre, welche durch den Lupus entstehen, sind ebenso langwierig und schwierig zu behandeln wie die Röntgengeschwüre. In dem Bestreben, es ihren großen Schwestern, der Chirurgie und Gynäkologie gleichzutun, überträgt die Dermatologie die

Digitized by Google

dort üblichen Verfahren auf die Hautkrankheiten, ohne zu bedenken, daß eine homogene Durchstrahlung des Lupus ihren Zweck verfehlen muß, schon deshalb, weil es sich beim Lupus um eine bereits schwer geschädigte Haut handelt. Es ist meines Erachtens auch nicht richtig, die Röntgenbehandlung des Lupus ganz zu verwerfen. Ich habe bisher den Lupus mit kleinen Dosen nach Art der Ekzembehandlung bestrahlt und dabei kosmetisch günstige Erfolge erzielt. Die beste Behandlung bleibt jedoch die Bestrahlung mit Finsenlicht. Leider ist die Finsenbehandlung sehr langwierig und daher mit beträchtlichen Kosten verknüpft. Wenn nun der schwache Reiz des Finsenlichtes genügt, den Lupus zur Ausheilung zu bringen, so muß diese Heilkraft verstärkt werden durch ein Mittel, welches es gestattet, nicht nur wie das Finsenlicht auf die oberflächlichen Schichten der Haut einen Reiz auszuüben, sondern auch auf die tiefer liegenden. Ich habe daher beide Methoden kombiniert. Ein etwa 1 cm großes Lupusgeschwür wurde mit $^1/_{15}$ Erythemdosis bei 2 mm Al.-Filter bestrahlt. 10 Tage nach der Röntgenbestrahlung hat sich das Geschwür geschlossen (auch dieser Fall wurde von mir photographiert).

Ist die gleichzeitige Anwendung von Röntgen- und Finsenlicht gefahrbringend? Bei Röntgendurchleuchtungen und -bestrahlungen sind alle Maßnahmen zu vermeiden, welche eine Sensibilisierung der Haut hervorrufen können. Die hier angewandten kleinsten Mengen Röntgenlichtes sind so weit von der Toleranzdosis entfernt, daß eine Gefahr für den Patienten nicht besteht. Wohl aber ist es denkbar, daß die kombinierte Bestrahlung die fördernde Dosis in eine hemmende verwandeln könnte. Die Praxis muß ergeben, ob diese Befürchtung zu Recht besteht. Jedenfalls empfiehlt es sich, der Röntgenbestrahlung nicht unmittelbar eine Finsenbestrahlung vorauszuschicken. Bei dieser Gelegenheit will ich nicht unterlassen, eine planmäßige Allgemeinbehandlung und Untersuchung (Lungen) zu empfehlen. Bestrahlung des ganzen Körpers mit künstlicher Höhensonne in genügender Anzahl, täglich einige Monate lang, haben sich mir ausgezeichnet bewährt. Bei dem oben erwähnten Lupusfall wurde aus äußeren Gründen nur die lokale Behandlung ausgeführt. Unterdessen habe ich nach obiger Methode einige gewöhnliche Fälle von Lupus ohne Geschwürsbildung behandelt und kosmetisch günstige Resultate erzielt. Die Zeit ist jedoch zu kurz, um jetzt schon darüber berichten zu können.

Es lag nahe, nunmehr diese Methode der Anwendung kleinster Mengen Röntgenlichtes auch bei der Behandlung der Gonorrhoe zu versuchen. Die Silbersalze töten zwar die an der Oberfläche der Schleimhaut befindlichen Gonokokken ab, auf die in der Tiefe sitzenden Keime wirken sie jedoch nur auf indirektem Wege, nämlich durch den Anreiz, den sie auf das Gewebe ausüben. Versuche, die Gonokokken durch Röntgenstrahlen abzutöten, sind bereits von anderer Seite gemacht worden. Diese Methode hat jedoch zu keinerlei praktischen Ergebnissen geführt. Ich bitte diejenigen Kollegen, welche über ein genügend großes Material verfügen, die Röntgenbehandlung für sich allein oder in Verbindung mit gleichzeitiger lokaler Behandlung zu versuchen. Für die technische Ausführung schlage ich vor: Befestigung des Gliedes mit Heftpflaster und Verabfolgung von $^1/_{20}$ Erythemdosis auf die Urethra mit 1 oder 2 mm Al.-Filter. Eigene Erfahrung besitze ich darüber nicht, weil ich nur selten Gelegenheit habe, Geschlechtskranke zu behandeln. Wohl aber kann ich diese Methode zur Ausführung einer Provokation empfehlen. Ich konnte in mehreren Fällen am dritten Tage nach der Bestrahlung vermehrten Ausfluß feststellen. Ob die Röntgenbestrahlung als Provokationsmittel mehr leistet als die bisher üblichen Methoden, bedarf noch der Prüfung.

Ich fasse das Ergebnis dahin zusammen: mit kleinsten Mengen Röntgenlichtes werden Geschwürsbildungen verschiedener Herkunft in einfacher und sicherer Weise geheilt. Die Röntgenbehandlung der Gonorrhoe wird in Vorschlag gebracht.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 12. Januar 1923.

J. ROEDERER und A. LIX: **Doppelseitiger Kniegelenkshydrarthros als Zeichen kongenitaler Syphilis** (Hydrarthrose bilatérale des genoux, signe d'hérédosyphilis). In der Punktionsflüssigkeit WR positiv.

L.-M. PAUTRIER und O. ELIASCHEFF: **Aleppobeule** (Bouton d'Alep). Nachweis der Parasiten in Schnitten. Nach Probeexzision schneller Rückgang der Affektion unter feuchten Umschlägen. Spontane Heilung innerhalb ungefähr eines Jahres ist häufig.

ESCHER: **Psorospermosis follicularis vegetans** (DARIERsche Krankheit).

L.-M. PAUTRIER und J. ROEDERER: **Riesenhafte Lichenifikation der Genitalfalten** (Lichénification géante des plis génitaux). Die Affektion begann bei der 70jähr. Frau mit unter Jucken auftretenden Knötchen in den Inguinalfalten.

HÜGEL: **Sklerodermie mit Organpräparaten behandelt** (Sclérodermie traitée par l'opothérapie polyglandulaire). Der Pat. war bereits in der Sitzung vom 8. Januar 1922 als unter Fibrolysinbehandlung gebessert vorgestellt worden. Inzwischen ist er mit Extrakt mehrerer Drüsen behandelt worden und jetzt fast geheilt.

E. BODIN: **Erfolge der Salvarsanbehandlung der Syphilis während der Schwangerschaft** (Résultats du traitement par les arsénibenzènes de la syphilis pendant la grossesse). Bei 28 ausschließlich mit Salvarsan behandelten Frauen wurden 26 lebende und bei der Geburt und in den darauf folgenden Tagen gesunde Kinder erzielt, und zwar bei 20 Frauen, die im Beginn und in den ersten Monaten der Schwangerschaft Syphiliserscheinungen hatten, 18 lebende gesunde Kinder und 2 Aborte (erst im fünften und sechsten Monat bei florider Syphilis zur Behandlung gekommen); bei 8 Frauen, die seit kürzerer oder längerer Zeit syphilitisch waren und zur Zeit der Schwangerschaft keine Erscheinungen darboten, 8 gesunde Kinder zur richtigen Zeit. Die Behandlungsart ist jeder anderen weit überlegen; sie soll möglichst kräftig gestaltet werden, Kuren zu ungefähr 4,0 Neosalvarsan während der ganzen Dauer der Schwangerschaft mit Pausen von 3—4 Wochen, beginnend mit schwachen Dosen und bis zu 0,01 pro kg der schwangeren Frau steigend. Albuminurie gilt nicht als absolute Kontraindikation; besondere Kontraindikationen gibt es nicht. PAUTRIER begrüßt diese Mitteilungen besonders deshalb, weil bis in die letzten Jahre die Indikationen für den Abort nach den deutschen Lehren sehr weitgehende wären (uns ist von dieser angeblichen deutschen Anschauung nichts bekannt, im Gegenteil! Ref.). Im übrigen soll jede Frau eines Syphilitikers in der Schwangerschaft behandelt werden, sobald die WR positiv ist, auch wenn sie keine Symptome darbietet.

P. HICKEL und CH. OBERLING: **Hautepitheliome nach Traumen** (Epithéliomas cutanés post-traumatiques). Zwei Fälle, in denen die Entstehung des Epithelioms infolge eines Traumas außer Frage stand.

A. DISS: **Zwei Fälle von Dermatomyomen** (Deux cas de dermatomyome). In beiden Fällen handelte es sich um Dermatomyome im eigentlichen Sinne. In dem einen wird als Besonderheit der papillomatöse Zustand der bedeckenden Epidermis hervorgehoben, ferner die Kontinuität zwischen den Ausläufern der Basalzellen und den darunter liegenden Fasern der Mm. erectores pilor. Der enge Zusammenhang ist angesichts des epithelialen Ursprunges dieser Muskeln nicht verwunderlich. In dem zweiten Falle haben die Muskelzellen einen malignen Charakter (monströse, aufgeblähte Kerne, zahlreiche, oft atypische Mitosen). Es wird die Auffassung des Tumors als eines nävusartigen näher begründet.

L.-M. PAUTRIER: **Behandlung der Syphilis mit einer neuen, intramuskulär und intravenös injizierbaren Wismutverbindung** (Traitement de la syphilis par une

Digitized by Google

nouvelle préparation de bismuth injectable par voie intramusculaire et intraveneuse). Das neue Präparat „Sigmuth" ist ein lösliches Kalium-Natrium-Wismuttartrat in einem geschwefelten Exzipiens, wobei sich jedoch, wie das völlige Klarbleiben des Medikamentes zeigt, kein schwarzes Schwefel-Wismut bildet. Als vorläufiges Ergebnis kann festgestellt werden, daß das Präparat eine regelmäßige und schnelle Wirkung auf Haut-, Schleimhauterscheinungen, Spirochäten und Serumreaktion ausübt, keine toxischen Nebenwirkungen (nitritoide Krisen, Ikterus, Erythem) hat. Nur geringer, leicht zu vermeidender und zu beseitigender Wismutsaum. Die Wirkung der intravenösen Einspritzungen scheint eine noch stärkere zu sein, Nebenwirkungen haben sich auch hierbei bisher nicht gezeigt.

Gouin: **Das Sigmuth (lösliches Wismutsalz) bei sekundären und tertiären Hautsyphiliden** (Le Sigmuth [sel soluble de bismuth] dans les syphilis cutanées secondaires et tertiaires). Die Hypertonie der Lösung macht die intramuskuläre Einspritzung etwas schmerzhaft, doch läßt sich dies durch sehr langsames Einspritzen beseitigen. Die Wirkung auf die manifesten Erscheinungen ist ebenso schnell, wenn nicht noch schneller als die des Salvarsans; für die starke Wirkung spricht zunächst erfolgende Exazerbation nach Art der Herxheimerschen Reaktion.

Sitzung vom 11. März 1923.

Hügel: **Fall von Sklerodermie** (Un cas de sclérodermie). Die Prognose erscheint durch die moderne Organtherapie sehr gebessert; Thyreoidextrakt allein ist ohne Wirkung.

L.-M. Pautrier und J. Roederer: **Miliares disseminiertes Lupoid des Gesichtes** (Lupoide miliaire disséminée du visage). Schon früher gezeigter Fall, der zunächst mit Salvarsan behandelt worden war. Danach Wachssalbe mit Lebertran. Ziemlich vorgeschrittene Heilung mit kleinen Narben, die allmählich schwinden.

O. Eliascheff: **Frühzeitige tertiäre syphilitische Gummata** (Gommes syphilitiques tertiaires précoces). Die in der Gegend der rechten Parotis gelegenen Erscheinungen sind zehn Monate nach dem Beginn der Syphilis aufgetreten. Eine Behandlung mit zehn Salvarsan- und acht intramuskulären Quecksilberspritzen war voraufgegangen. Pautrier ist geneigt, eine ungenügende Salvarsanbehandlung dafür verantwortlich zu machen.

J. Roederer: **Zwei Fälle von generalisierter exfoliierender Erythrodermie bei Psoriasis** (Deux cas d'érythrodermie exfoliante généralisée sur psoriasis). Die ausgedehnte Erythrodermie wird als aus einer Reizung durch die voraufgegangene Behandlung (Chrysarobin, Röntgen) entstanden aufgefaßt.

L.-M. Pautrier und Boëz: **Wahrscheinliche tuberkuloide Lepra bei einem Madagassen** (Lèpre tuberculoide chez un Malgache [cas de diagnostic]). Die klinische Diagnose der mannigfachen Erscheinungen, unter denen sich auch trophische Störungen an den Händen fanden, war unzweifelhaft die einer Lepra, jedoch konnten keine Bazillen aufgefunden werden und mikroskopisch zeigte sich im Gegensatz zu den Veränderungen bei typischen Lepromen ein Vorwiegen oberflächlicher Läsionen, Infiltration der subepithelialen Schicht mit zahlreichen Riesenzellen zerstreut in einem Feld reichlicher epithelioider Zellen, begleitet von einer geringen Infiltration von Lymphozyten und Plasmazellen. Das Bild ähnelte also mehr einer Hauttuberkulose. Impfungen auf Meerschweinchen ergeben einen kleinen subkutanen Abszeß, in dessen Eiter sich zahlreiche säurefeste Bazillen fanden, jedoch gingen die örtlichen Erscheinungen ohne weitere Ausbreitung wieder zurück und die Meerschweinchen blieben weiterhin intakt. Kulturen gingen nicht an. Nach Ablehnung der Diagnose einer tuberkulösen Affektion sowie einer sonstigen Infektion wird der Fall doch mit größter Wahrscheinlichkeit als Lepra angesprochen.

P. Hickel: **Fall von Lebergumma durch Probelaparotomie bestätigt** (Un cas de gomme hépatique vérifiée par la laparotomie exploratrice).

L.-M. Pautrier: **Zwei Fälle von generalisiertem zirzinärem Lichen planus mit Erythrodermie. Auftreten eines generalisierten Lichen planus nach Neosalvarsan** (Deux cas de lichen plan circiné généralisé à forme érythrodermique. Apparition d'un lichen plan généralisé après néo-salvarsan). In dem ersten Falle handelte es sich um eine spontan, ohne voraufgegangene Behandlung aufgetretene ausgebreitete Erythrodermie, innerhalb deren Inseln normal erscheinender Haut von rundlicher Form von aus Lichenpapeln gebildeten Erhöhungen umgeben waren. Typischer zirzinärer

Digitized by Google

Lichen planus am Glied und der Mundschleimhaut. In dem zweiten Falle war nach einer kombinierten Quecksilber-Neosalvarsanbehandlung eine generalisierte exfoliierende Erythrodermie aufgetreten, die dann buntscheckig helle Flecke auf hyperpigmentiertem, braunem Grunde zeigte; danach entwickelte sich ein generalisierter, zirzinärer Lichen (typischer histologischer Befund). Für die Entstehung der Erythrodermie wird das Salvarsan haftbar gemacht. E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 18. Januar 1923.

E. G. Graham Little: **Fall von Keloid nach Verbrennung** (Case of Keloid after Burns). Die Affektion ist an einzelnen Stellen spontan geheilt, während sie an anderen noch fortschreitet.

H. Mac Cormac: **Idiopathisches hämorrhagisches Sarkom (Kaposi)?** (Idiopathic Haemorrhagic Sarcoma of Kaposi?). Am Dorsum der Füße oberflächliche Ulzerationen und Abschürfungen, die Zehen geschwollen und infiltriert, zeitweise beträchtliche Kongestion.

H. Mac Cormac: **Zwei Fälle zur Diagnose.** 1. 14jähr. Knabe seit vier Monaten erkrankt; an Rumpf und Armen kleine makulöse, schuppende sowie einzelne ausgesprochen papulöse Effloreszenzen. 2. 18jähr. Mädchen, seit sechs Monaten ähnliche Eruptionen. In der Besprechung wird die Diagnose auf seborrhoisches Ekzem, beginnende Psoriasis, Pityriasis lichenoides chronica gestellt.

J. H. Sequeira: **Zwei Fälle zur Illustration der Heilwirkung von Lichtbädern bei tuberkulösen Hautkrankheiten** (Two Cases Illustrating the Benefit of Light Baths in Tuberculous Disease of the Skin). Guter Einfluß der Belichtung mit starker Bogenlampe bei zwei Fällen von Lupus.

E. G. Graham Little: **Fall von sehr ausgebreiteter Sklerodermie** (Case of very Extensive Sclerodermie). Wesentliche Besserung nach Extraktion kariöser Zähne.

L. Savatard: **Fall von erythematoidem Ulcus rodens** (Case of Ulcus Rodens Erythematoides). Demonstration von Schnitten zum Beweise der Theorie des Ursprunges von embryonalen Schweißdrüsen.

J. E. R. Mc Donagh: **Mangan als chemotherapeutisches Agens** (Manganese as a Chemotherapeutic Agent). Manganbutyrat wird als wirksames Chemotherapeutikum bei infektiösen Affektionen empfohlen. Bezüglich klinischer Erfahrungen mit intramuskulären Injektionen 1%iger Lösungen berichtet H. Finkelstone-Sayliss über gute Erfolge bei Tripper und dessen Komplikationen sowie Furunkulose. E. Levin-Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

1923, Bd. 17, H. 3.

Zur Pathologie der Pars prostatica und der Prostata, von G. Praetorius-Hannover. Es gibt nicht nur tuberkulöse, sondern auch blennorrhoische Strikturen in der Pars prostatica, die nicht selten sind. Sie kommen in zwei verschiedenen — genetisch und anatomisch — Formen vor, als Abszeßstrikturen als Folge von Prostataabszessen und die durch narbige Schrumpfung rein infiltrativer Prozesse entstandenen Strikturen. Die Folgeerscheinungen sind im allgemeinen für den Pat. sehr schwer, bis zur kompletten Retention. Die Therapie bestand meist im Durchschneiden der Narben. Die wichtigsten und gefährlichsten Strikturen waren die Infiltrationsstrikturen, die in der Mehrzahl auf blennorrhoische Infektionen zurückzuführen sind. Sie beginnen in Höhe des Samenhügels, mitunter in der Mitte, meist aber unmittelbar an seinem vorderen Abhange. Es ist ganz erklärlich, daß manche Pyurie auf diese Striktur zurückzuführen ist. Äußerer Harnröhrenschnitt und Durchtrennung des Narbengewebes hoben sofort die Retention und ihre Erscheinungen auf.

Über isolierte Blasentuberkulose, von R. Hottinger-Zürich. Der Begriff „isolierte Blasentuberkulose" ist noch sehr umstritten. Verf. bringt die Krankengeschichte eines solchen vermeintlichen Falles. Es steht außer Zweifel, daß sie selten vorkommt.

Digitized by Google

Vier Fälle von Fremdkörpern in der männlichen Harnblase, von J. P. zum Busch-Kreuznach. Verf. fand in zwei Fällen einen Bleistift, in einem dritten Falle einen Grashalm und im vierten Falle eine Weizenähre, die durch die Sectio mediana entfernt wurden.

Beitrag zur Erkennung und Beurteilung der Niereneiterungen, von E. Pflaumer-Erlangen. **Erwiderung,** von K. Scheele-Frankfurt a. M. Polemik zwischen den beiden Autoren über die Frage, ob in normalem Urin Leukozyten vorkommen. Pflaumer behauptet, daß der normale Urin keine Leukozyten enthält, während Scheele der Ansicht ist, daß als Werte bei normalen Nieren sich bis etwa 30 Leukozyten in der Zählkammer sich fanden. Diese Streitfrage bedarf noch weiterer Klärung.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 22, Nr. 8.

Über das sogenannte Adenoma sebaceum, von S. Minami-Tokio, Klinik Dohi. S. 1. Makroskopische und mikroskopische Beschreibung von vier Fällen von Morbus Pringle. Therapie: Radium und Elektrokaustik.

Die Entstehung des Harnsteins, von A. Nakajima-Tokio. S. 28. Aus den Resultaten der Tierexperimente und den Beziehungen der Kolloide zum Konkrement schließt Verf., daß Konkremente am ehesten dann auftreten, wenn die Ionen der Steinbildner erstens ganz langsam zueinander treten und zweitens gleichzeitig genügende Mengen eines Kolloids zugegen sind. Mit normalem Kaninchenharn, ohne genügenden Zusatz von Serum, bildeten sich immer nur lockere Niederschläge, niemals aber Konkremente.

Beiträge zur Livedo racemosa, von Isamu Miyake-Tokio, Klinik Dohi. S. 40. Während Ehrmann annimmt, daß diese baumartige, verzweigte, livide Gefäßzeichnung nur in der Haut von Syphilitikern vorkommt, liegen bei dem beschriebenen Fall keinerlei Syphilisanzeichen vor; dagegen besteht eine Drüsentuberkulose und Gelenkrheumatismus der Knie- und Fußgelenke. Unter der langdauernden therapeutischen Wärmeapplikation trat ein Erythem auf, nach dessen Abblassen sich langsam das Bild der Livido racemosa an den Fußrücken und Unterschenkeln ausbildete. Histologisch: Gefäßerweiterung im Stratum subpapillare, Intimawucherung und perivaskuläre Infiltration, außerdem Bindegewebshyperplasie der Venen der Kutis und Subkutis. Es liegen also in diesem Falle sowohl Veränderungen der Arterien als auch der Venen vor.

Bd. 22, Nr. 9.

Über die Resorptionsfähigkeit des Subarachnoidalraumes, von T. Hashimoto-Chiba. S. 1. Sämtliche Versuche, beim Tier und beim Menschen nachzuweisen, daß ins Blut injizierte Farbstoffe in den Liquor cerebrospinalis übergehen, sind negativ ausgefallen. Werden die Farbstoffe direkt in den Subarachnoidalraum injiziert, so lassen sie sich im Harn 9—40 Minuten nach der Einspritzung nachweisen. Die Menge des im Harn nachweisbaren Farbstoffs ist geringer; der Zeitpunkt des ersten Auftretens im Harn liegt später als bei intravenöser Injektion. Die Pat. klagten eine halbe Stunde nach der subarachnoidalen Injektion über Lähmungs- bzw. Reizerscheinungen der unteren Extremität sowie über Kopfschmerzen und Erbrechen wie bei einer Lumbalanästhesie.

Über Ekzema marginatum in Japan, mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie, von M. Ota und Y. Kawasaki-Tokio, Klinik Dohi. S. 20. Als Erreger des Ekzema marginatum konnten Verff. nur in wenigen Fällen Epidermophyton inguinale kultivieren, öfter das Trichophyton gypseum, in der großen Mehrzahl der Fälle war es das Trichophyton purpureum; also gilt Sabourauds Ansicht für Japan jedenfalls nicht. Verff. glauben die verschiedenen Erreger schon aus dem klinischen Bilde bestimmen zu können: 1. An den durch Epidermophyton inguinale verursachten Krankheitsherden fehlen deutliche Papeln, ihr Rand ist glatt, die Bläschen sind kaum sichtbar, die Ausbreitung geht sehr langsam. 2. An den durch Trichophyton purpureum hervorgerufenen Herden ist die Ausbreitung schneller, sekundäre Herde sind häufiger, und oft sind reichlich blutige, borkentragende kleine Papeln sichtbar. 3. Die durch Trichophyton gypseum verursachten Herde zeigen unter den drei Pilzarten die schnellste Verbreitung und die heftigsten Entzündungserscheinungen.

Digitized by Google

Über die Beziehungen zwischen innerer Sekretion der Geschlechtsdrüsen und Hautkrankheiten (On the Relation between the Internal Secretion of the Genital Glands and the Skin Diseases), von K. Nakagawa-Kyoto. S. 42. Angeregt durch Arbeiten von W. Pick hat Verf. gleichfalls die Beobachtung gemacht, daß in vielen Fällen männliche Aknepatienten einen spärlichen Haarwuchs, besonders wenig Bart zeigten, während die Aknepatientinnen einen sehr reichlichen Haarwuchs hatten mit Neigung zu Kinn- und Schnurrbart. Auf Grund dessen wird eine funktionelle Insuffizienz der Geschlechtsdrüsen angenommen und die Aknekranken wurden mit Testigan bzw. Thelygan oder mit Spermatin bzw. Luteinol behandelt, als Injektionen ohne lokale Therapie. In mehr als der Hälfte der Fälle war der Erfolg befriedigend. Bei Acne rosacea heilten die Aknekoten, die Rötung blieb.

Bd. 22, Nr. 10.

Über Medusenstichkrankheit, von T. Aoki-Nagasaki. Die durch Medusen verursachten Dermatitiden sind in Dauer und Stärke sehr verschieden. Die in der Nähe des Hafens von Nagasaki vorkommenden Medusen (Olindioides formosa Goto) riefen bei Menschen an der Berührungsstelle unter brennendem Schmerz in leichten Fällen urtikariaartige, in schweren Fällen hämorrhagische Dermatitiden hervor. In den schweren Fällen treten Allgemeinerscheinungen dabei auf, wie Müdigkeit, Gliederschmerzen und Atemnot, die in der Regel nach 24 Stunden zurückgehen.

Über Sycosis lupoide Brocq (Ulerythema sycosiforme Unna), von Ch. Tanimura-Osaka. S. 58. Makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines Falles von Ulerythema sycosiforme mit auffallender Lokalisation, nämlich außer an den Augenbrauen, Oberlippe auch auf dem behaarten Kopf. Vorangegangen war dieser Erkrankung vor etwa einem Jahre eine Sycosis parasit. und Follikulitis, von der noch geringe Reste und Narben nachzuweisen sind. Aus den frischen Pusteln ließ sich Staphylococcus pyogenes albus züchten. Verf. glaubt, daß sich Ul. syc., Pseudopelade und Folliculitis decalvans pathogenetisch sehr nahestehen, ja im Wesen identisch sind, und daß das klinisch verschiedene Aussehen von den äußeren Reizen und den Gewebsreaktionen abhängig ist.

Ein Fall von Spermatozele, von Takeshi Ohno-Niegata. S. 75. Auf Grund der klinischen und histologischen Untersuchungen konnte Verf. eine zystische Geschwulst am Kopfteil des linken Nebenhodens bei einem 49jähr. Manne als Spermatozele bestimmen.

Bd. 22, Nr. 11.

Über Blastomycosis cutis, von S. Hagiwara-Tokio. Im Anschluß an eine Verletzung durch einen Bienenstich bildeten sich bei einer 65jähr. Frau in der Umgebung des Stiches kleine Infiltrate und Geschwüre, die allmählich konfluierten und sich dann am Hals, Oberarm und Brust ausdehnten, abheilten und wieder ausbrachen, so daß es schließlich zu Narbenbildung führte, deren Ränder aber derb infiltriert und mit schmutzigen Krusten bedeckt waren. In dem kranken Gewebe ließen sich histologisch und kulturell Hefepilze nachweisen. Durch Jodpräparate verlieren die Hefekulturen sehr schnell ihre Wachstumsfähigkeit. Mäuse gehen nach Injektion von Hefeemulsion zugrunde, Kaninchen nicht. — Über therapeutische Maßnahmen wird nichts mitgeteilt.

Multiple Follikularzysten, von G. Komaya-Tokio, Klinik Dohi. S. 41—56. Beschreibung eines Falles von Zystenbildung am Rumpf, die ihren Ausgang nimmt von der Mündungsstelle der Talgdrüsen in den Haarfollikeln. Die Zystengröße schwankt zwischen Stecknadelkopf- und Hanfkorngröße. Es läßt sich kein Sekret aus dem Knoten exprimieren; bei Inzision wird eine dünnflüssige, weißliche, fettige Masse entleert. Verf. glaubt, daß es sich um Hyperkeratose der oberen Partie des Haarfollikels handelt, durch die es zu einer Stagnation des Talgdrüsensekretes, Erweiterung des Haarfollikels, des Talgdrüsenausführungsganges und zuletzt zur Zystenbildung gekommen ist und bezeichnet die Dermatose mit obigem Namen.

Bd. 22, Nr. 12.

Noch einmal über Tätowierung und Syphilis, von Sh. Dohi-Kanazawa. S. 1—21. Tätowierung im 21. Jahre an Armen, Brust und Nacken mit Tusche (schwarz), Eisenmennige (braun) und Zinnober (rot). Sechs Jahre später Luesinfektion und makulo-papulöses Exanthem von auffallender Verteilung. Am stärksten befallen sind die braunen (Eisen)-Tätowierungsstellen; hier tritt das Exanthem am stärksten hervor. Nicht ganz so groß und zahlreich sind die Papeln in den schwarzen (Tusche)-Partien. Vollkommen

Digitized by Google

frei sind die roten (Zinnober)-Stellen, und an den nicht tätowierten Hautpartien kommen nur vereinzelte Papeln vor. An den Genitalien Condylomata lata. Das Freibleiben der roten Zinnoberpartien erklärt sich aus der Hg-Wirkung; die schwächere Beteiligung der Tuschestellen dadurch, daß die sehr feine Verteilung der runden Tuschepartikelchen weniger irritierend wirkt als die unregelmäßig gestalteten Eisenmennigeteilchen. Die Tatsache, daß die syphilitischen Infiltrate an den mit Tusche und Eisenmennige tätowierten Hautpartien besonders reichlich auftraten, muß auf die Reizwirkung der Pigmentpartikelchen zurückgeführt werden. Wenn von anderer Seite berichtet wird, daß bei einigen Tätowierten sich Ausschläge nur an den Zinnoberstellen entwickelten, so ist dies nach Verf. Ansicht als Zinnoberdermatitis aufzufassen.

A. de Lemos-Hamburg.

Journal d'Urologie.

März 1923, Bd. 15, Nr. 3.

Warum ist die Wanderniere rechtsseitig häufiger als links? (Pourquoi le rein mobile est-il plus fréquent à droite qu'à gauche?), von G. Potel und P. Cordier. S. 161. Aus embryologischen Studien ergebe sich, daß die Anlage des Kolons und der peritonealen Ligamente für die größere Beweglichkeit und die Neigung zur Ptosis der rechten Niere ausschlaggebend seien.

Hermaphrodismus verus alternans bei einem 10jähr. Individuum (Hermaphrodisme [vrai] glandulaire alternant chez un individu de dix ans), von Knud Sand. S. 181. Die Genitalien eines 10jähr. Kindes, das erst als weiblich, später als männlich angesehen worden war, ließen äußerlich infolge ihrer hermaphroditischen Ausbildung keine Entscheidung über das wirkliche Geschlecht des Kindes zu. Eine Probelaparotomie ergab das Vorhandensein eines kleinen Uterus und zweier Geschlechtsdrüsen in der Lage von Ovarien. Die mikroskopische Untersuchung exzidierter Drüsenstückchen zeigte rechtsseitig eine unzweifelhafte Hodenstruktur. Links war die Diagnose schwieriger, aber doch auf ein Ovarium von fötalem Bau zu stellen. Wie somatisch, so bot auch die Psyche des Kindes das Bild eines Mischtypus, wenn es auch in der letzten Zeit mehr nach der männlichen Seite zuneigte.

Perinephritische Phlegmone, nacheinander erst rechts, dann links nach einem Jahr aufgetreten (Phlegmon périnéphrétique apparu successivement à droite et à gauche à un an d'intervalle), von X. Delore und Ch. Dunet. S. 195. Fall einer 54jähr. Pat. Beide Male Staphylokokkeninfektionen, erstmalig im Anschluß an einen Gesichtsfurunkel und ein Panaritium, das zweitemal nach Nackenfurunkeln.

Doppelter Ureter, tuberkulöse Niere, Nephrektomie (Uretère double, rein tuberculeux, néphrectomie), von A. Giuliani. S. 197. 58jähr. Pat., seit etwa einem Jahre Pollakiurie mit Schmerzen bei den Miktionen und trübem Urin. Die Zystoskopie deckt linksseitig zwei Ureterenmündungen auf, aus deren einer sich ziemlich klarer Urin entleert, während der andere Eiter austreten läßt. Eine Röntgenaufnahme bei eingeführten Ureterenkathetern zeigt, daß tatsächlich zwei Harnleiter bestehen, deren einer am Hilus, der andere am unteren Nierenpol entspringt. Nach Verschlechterung des Zustandes der Kranken wird einen Monat später die Nephrektomie ausgeführt. Es handelt sich um eine Niere, die gleichsam aus zwei durch einen Isthmus verbundenen Einzelnieren besteht; die obere Niere ist bis auf eine tuberkulöse Kaverne in ihrem unteren Teile ziemlich gesund, die untere schwer krank, fast völlig vereitert. Die histologische Untersuchung und der Tierversuch bestätigten die Diagnose Tuberkulose.

Einige Winke für die Behandlung des Trippers (Quelques petites finesses du traitement de la blennorrhagie), von Jules Janet. S. 201. 5. Varianten bei der Abortivbehandlung mit Argyroleinspritzungen. Sechs Argyroleinspritzungen innerhalb dreier Tage seien wirksamer als jede andere Therapie. An Stelle der Vorspülung der vorderen Harnröhre mit einer schwachen Argyrollösung benutzt Janet dazu $^1/_2$ Liter abgekochtes Wasser; eine gleich große Menge dient später zur nachträglichen Reinigung des Pat. Argyrollösung stets frisch herstellen, fünf Minuten in der Urethra halten und dann langsam zwischen den Fingern ausfließen lassen. Dosierung nach Möglichkeit immer 20%, nur unter ungünstigeren Bedingungen, wie zu späten Beginns oder starker Entzündung, 10, ja 5%ig, aber dann doch rasch auf 20% steigend. Versuch der Verstärkung der Argyrolwirkung durch nachträgliches Einführen eines Kakao-

Digitized by Google

butterstäbchens mit 0,05—0,20 (= 10—40%) Argyrol bis zum Bulbus. — 6. Abortivbehandlung und Schlupfwinkel der Gonokokken. Bei Hypospadie, parurethralen Gängen usw. besondere Sorgfalt auf diese Verstecke verwenden, um die Harnröhre vor Infektion von dort aus zu schützen. An Mißerfolgen sind häufig die Morgagnischen Lakunen schuld. Stellen sich solche Kranke, bei denen infolgedessen eine Abortivbehandlung versagt hat, mit einem neuen Tripper vor, so muß man von Anfang an die Lakunen mitbehandeln, indem man sie nach jeder Harnröhrenspülung mit derselben Lösung mittels feiner Kanüle ausspritzt. E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Kosmetik, Leitfäden für Ärzte von E. Saalfeld-Berlin. (Julius Springer, Berlin 1922.) Bereits nach knapp zwei Jahren ist wieder eine Neuauflage des allseitig beliebten Kompendiums erschienen. Einige therapeutische Neuigkeiten sind berücksichtigt worden, besonders die Behandlung mit dem Kaltkauter und Radiolux, was durch neue Abbildungen illustriert ist. Es ist zu begrüßen, daß bei den Angaben über Röntgentherapie die genaue Dosierung angegeben wurde. U. Greif-Leipzig.

Haut- und Geschlechtsleiden, Bd. 1, von S. Jessner. (6. und 7. Aufl., Grundzahl 16, C. Kabitzsch, Leipzig 1923.) Der Verf. hat sich bei der Neuauflage nach jeder Richtung hin bemüht, das dem Buche hinzuzufügen, was auf den verschiedenen Gebieten an neuem Material geschaffen ist. Im allgemeinen Teil ist eine Besprechung der Dermatoskopie eingefügt. Die Therapie hat einen größeren Platz in der Besprechung zugeteilt erhalten; insbesondere ist auch die interne Hauttherapie genügend gewürdigt und ihr angefügt, was in den letzten Jahren erforscht und erprobt ist, so die Chemotherapie, die Reizkörperbehandlung, Organtherapie und Vakzinebehandlung. Die Einteilung des speziellen Teils ist beibehalten; aber auch hier ist jedes Kapitel um neue Beobachtungen bereichert worden, ganz besonders aber der Tuberkuloseabschnitt, der eine beträchtliche Erweiterung und Neubearbeitung erfahren hat. Aber auch der Verlag hat sich nicht gescheut, das Lehrbuch dadurch wertvoller zu gestalten, daß er es dem Verf. ermöglichte, zahlreiche neue gute Abbildungen den bisherigen hinzuzufügen. Ihre Reproduktion ist im allgemeinen eine recht gute. In dieser neuen Form dürfte das Buch sich sehr viel neue Freunde erwerben. E. Langer-Berlin.

Schäffers Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten, 6. umgearbeitete Auflage, bearbeitet von Herbert Stranz. (Verlag von Urban & Schwarzenberg, 1922.) Wenn ein Werk in sieben Jahren sechs Auflagen erreicht, so ist damit schon bewiesen, daß es ihm gelungen ist, sich einen großen Kreis von Freunden und Verehrern zu schaffen und sich einen dauernden Platz auf dem Büchermarkte zu sichern. Die neue Auflage des Schäfferschen Buches durchzusehen und anzuzeigen, kann als ein hoher wissenschaftlicher und ästhetischer Genuß bezeichnet werden, der nur dadurch leicht getrübt wird, wenn wir dabei des hochverdienten, leider zu früh dahingeschiedenen Verfassers in Wehmut gedenken. Die Herausgabe der neuen Auflage zu erleben, war ihm nicht vergönnt; aber er hat noch während seines Krankenlagers Anregungen zu Abänderungen und Ergänzungen gegeben, die der neue Herausgeber in seinem Sinne, pietätvoll den Charakter des Buches wahrend, verarbeitet hat. Von bisher nicht aufgeführten Krankheitsbildern sind Angina Plaut-Vincenti, Stomatitis aphthosa, Granulosis rubra nasi, Hautdiphtherie und Lichen trichophyticus hinzugetreten, ferner in dem Abschnitt der venerischen Krankheiten Epididymitis non gonorrhoica und Induratio penis plastica. Ergänzungen und neuere Methoden der Behandlung bauen sich im wesentlichen auf den Erfahrungen der Jadassohnschen Klinik auf, sicher eine Gewähr dafür, daß sie mit gutem Gewissen empfohlen werden können. Die Syphilistherapie, die in den letzten Jahren, anstatt auf Grund der neueren Forschungen und Erfahrungen ein festgefügtes Bild darzubieten, eine oft auch den Facharzt verwirrende Fülle von Schwankungen aufweist, ist unter Einfügung der letzten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mehr oder weniger unverändert dargestellt, wie es denn selbstverständlich berechtigt erscheint, in einem kompendiös gehaltenen Buche sich möglichst auf ein sicher erprobtes Tatsachenmaterial zu beschränken. Immer wieder muß betont werden, was dem Schäfferschen Buche seinen wesentlichen Wert, seine charakteristische Note verleiht, die mit unbedingter Zuverlässigkeit gepaarte Übersichtlichkeit und Verständlichkeit

Digitized by Google

der Darstellung, die dem hervorragenden Lehrtalent des Verf. zu verdanken ist. So ist zu hoffen, daß auch diese neue Auflage sich zahlreiche Freunde erwerben und eine wertvolle Bereicherung ihrer ärztlichen Bibliothek werden wird. E. Levin-Berlin.

Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von E. Kromayer-Berlin. (12. Aufl. mit 29 Abb. im Text. Gustav Fischer, Jena 1922.) Ein Buch, das die 12. Aufl. erlebt, beweist den Wert eines solchen. Die Aufgabe des Autors — was der Student nach der neuen Examensordnung, was der Arzt für seine Praxis braucht — kurz und klar zusammengefaßt zu bringen, hat er mit großem Geschick erfüllt. Daß der Verf. den neuesten Forschungen in dieser Auflage gerecht geworden, ist selbstverständlich. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Die Lumbalpunktion, von Martin Pappenheim-Wien. (Rikola-Verlag, Wien 1922.) Langjährige Beschäftigung mit dem Gegenstand und eingehende Erfahrung im Unterricht sprechen aus dem ganzen Inhalt des Buches. Verf. geht von der Anatomie und Physiologie des Liquor cerebrospinalis und seines Sammelraumes aus und bespricht dann die gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden des Liquor und ihre theoretische wie praktische Bedeutung. Durch Hervorheben gewisser technischer Einzelheiten, die vielleicht als Kleinigkeiten anmuten, gibt er der Darstellung eine stark persönliche Note. Er beabsichtigt damit, die häufig durch geringe technische Fehler hervorgehenden falschen Ergebnisse und ihre schwerwiegenden Folgen zu vermeiden. Nach genauer Schilderung der einzelnen Untersuchungsmethoden wird die diagnostische und prognostische Bedeutung der einzelnen Ergebnisse eingehend gewürdigt. Das Schlußkapitel enthält die therapeutische Verwendung der Lumbalpunktion und die Infusion von Heilmitteln in den Subarachnoidalraum. Diese Monographie wird einerseits dem Studenten eine erwünschte Ergänzung des Unterrichts bieten, andererseits besonders dem Praktiker willkommen sein, der dadurch in den Stand gesetzt wird, die ihm mitgeteilten Untersuchungsergebnisse eines Institutes diagnostisch und prognostisch richtig zu verwerten.
G. Assmann-Barmen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Pharmakodynamische Untersuchungen an der lebenden Haut. 1. Methodische Grundlagen und Ziele der pharmakodynamischen Hautreaktionen, von Fr. von Gröer-Lemberg und A. F. Hecht-Wien. **2. Physikalisch-chemische Grundlagen der intrakutanen Reaktionen am Menschen,** von A. F. Hecht und Richard Wagner-Wien. **3. Die kutane Pigmentreaktion, zugleich ein Beitrag zur Lehre der Hautpigmentbildung,** von Fr. von Gröer, W. Stütz und J. Tomaszewski-Lemberg. (Zschr. f. d. ges. exper. Medizin, 1923, Bd. 33, S. 1—160.) In der ersten Arbeit werden die methodischen Grundlagen über die pharmakodynamische Funktionsprüfung der Haut gegeben. Verff. gehen bei ihren Untersuchungen von den verschiedenen funktionellen Grunderscheinungen der Dermoreaktion aus, und zwar a) Erblassung infolge Gefäßverengerung, b) Rötung infolge Gefäßerweiterung, c) Quaddel oder Ödem infolge der lymphagogen Wirkung. Zur Anstellung der Reaktionen wurden von Verff. eine Anzahl von Mitteln geprüft, worunter nur einzelne wenige als geeignet befunden wurden. Für die vasokonstriktorische Reaktion kommen Adrenalin und seine Derivate sowie Hypophysenextrakte in Betracht, die, intrakutan eingebracht, eine lokale Hauterblassung hervorrufen, während Koffein als Base oder Doppelsalz, als Hauptvertreter für die Dilatationsreaktion, in Form einer lokalen, nur auf die Injektionsquaddel beschränkten Gefäßerweiterung, genannt wird. Von den verschiedenen für die lymphagoge Dermoreaktion geprüften Stoffen (Alkaloide, Proteine, Kristalloide, Kolloide u. a.) haben sich als die kräftigsten Hautlymphagogen Morphium und Peptone erwiesen. Während die spezifischen Hautreaktionen wie Erblassung, Rötung und Quaddelbildung streng peripher zustande kommen, ist der die eigentlichen Reaktionen umgebende hyperämische Hof durch einen Rückenmarksreflex bedingt. Die Intensität der verschiedenen Reaktionen hängt von der Natur des angewandten Mittels, seiner Konzentration und der individuellen Empfindlichkeit ab. Letztere ist außerordentlichen Schwankungen unterworfen und abhängig von der konditionellen und konstitutionellen Bereitschaft der Haut. Zu deren Feststellung wurden orientierende Versuche bei den verschiedenen Symptomenkomplexen angestellt. In der zweiten Arbeit wird über die Wirkung der verschiedenen NaCl-

Digitized by Google

Konzentrationen, der einzelnen An- und Kationen, einiger Schwermetallsalze sowie von H- und OH-Ionen auf die Haut berichtet, die sich in mehr oder weniger starken Reibungen bis zu Nekrosen äußern. Schließlich wird uns in der letzten Arbeit eine Methode der kutanen intravitalen Dopareaktion gegeben, die darauf beruht, daß durch Auflegen von in gesättigter Dioxyphenylalaninlösung getränkter Gaze auf eine nicht zu tief exkoriierte Hautstelle makroskopisch sichtbare Pigmentbildung hervorgerufen werden kann. Dieser Vorgang ist spezifisch und gibt eine Bestätigung der Angaben Blochs über die wichtigsten Eigenschaften des Dopa als Pigmentmuttersubstanz. Die Schwankungen der Intensität bei der intravitalen Pigmentreaktion rechtfertigen eine systematische Diagnostik der Pigmentbereitschaft der Haut, die in Form eines kolorimetrischen Verfahrens von Verff. ausgearbeitet worden ist. B. Peiser-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Über die Differenzierung lebenden und toten Protoplasmas durch Methylgrün, von F. Haurowitz, Med. chem. Inst. d. Prager deutschen Univ. (Virchows Arch., April 1923, Bd. 242, H. 1/2.) H. will mit den hier mitgeteilten Versuchen im wesentlichen zwei Fragen beantworten: 1. welcher Prozeß liegt der Violettfärbung lebender Zellen durch Methylgrün zugrunde und 2. weshalb tritt die Grünfärbung erst später — beim Absterben — auf? Dennoch beruht die Violettfärbung lebender Zellen durch Methylgrün auf Verunreinigung durch beigemengtes Methylviolett; eine Entmethylisierung des Methylgrüns findet nicht statt. Das refraktäre Verhalten der lebenden Zellen gegen Methylgrün beruht auf der Lipoidunlöslichkeit des Farbstoffs, seinem Unvermögen, die lipoidhaltige unversehrte Zellmembran zu durchdringen (im Gegensatz zu Methylviolett). Daneben begünstigt vielleicht die postmortal eintretende Säuerung die Umwandlung der farblosen Base des Methylgrüns in das färbende einsäurige Salz.
M. Stern-München.

Eine erprobte Maßnahme zum Färben säurefester Organismen im Gewebe (An Improved Procedure for the Staining of Acid-Fast Organisms in Tissue), von B. H. Hager und R. Dersch-Rochester, Minn. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 7, S. 460.) Frisches Gewebe wird nach wenigstens 15stündigem Härten in 10%iger Formaldehydlösung vereist und geschnitten. Abspülen in destilliertem Wasser. Entwässern mit 95% Alkohol. Färbung mit Karbolfuchsin 5—10 Minuten, Waschen in Trinkwasser und 1—2 Minuten lang Entfärben mit wässriger Salzsäurelösung (25%). Trocknen, Kontrastfärbung mit Methylenblau. Abwaschen in destilliertem Wasser und Trocknen. Aufträufeln von reinem Anilin. Sobald die gewünschte Blaufärbung erlangt ist, wird der Schnitt in eine Mischung von Anilin und Xylen (1 : 2) getaucht und nicht länger als drei Minuten darin belassen. Das Gemisch löst langsam die Kontrastfärbung. Ist die gewünschte Blaufärbung aufgetreten, so kommt der Schnitt in reines Xylen bis zur völligen Klärung. Eindecken in Balsam. Färbungsdauer 10—15 Minuten.
F. Quasig-Hamburg.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Zur Frage der Beziehung zwischen Haut und Immunität, von F. Klemperer und S. Peschic-(Belgrad) Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 13, S. 403—404.) Die Behauptungen Fellners, daß die Hautreaktion einer reaktiv wirkenden Tuberkulinkonzentration durch gleichzeitige Überimpfung von Papelsubstanz verstärkt werde und daß Tuberkulinkonzentrationen, die keine Reaktion hervorrufen, durch Mitimpfung der eigenen Papelsubstanz derart sensibilisiert werden, daß starke Reaktionen entstehen, können nicht bestätigt werden. Auch die Angaben von E. F. Müller, daß nach intrakutanen Aolaninjektionen bei chronischer und subakuter Blennorrhoe vermehrter Ausfluß entstehe, erwiesen sich nur in wenigen Fällen als zutreffend. Die Verff. halten es für nicht erwiesen, daß der Haut eine Sonderstellung hinsichtlich der Immunisierung zukommt. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Beziehungen zwischen Haut und Immunität, insbesondere bei Tuberkulose, von Felix Klemperer, Städt. Krankenh. Berlin-Reinickendorf. (Ther. d. Gegenw., Mai 1923, J. 64, H. 3.) Die Annahme einer immunisatorischen Sonderleistung der Haut (Bloch, Hoffmann, Wassermann u. a.) hält Verf. für unbewiesen und abwegig. Die auf dieser Hypothese bestehenden therapeutischen Maßnahmen bei Tuberkulose (Ektebin-Moro-Ponndorf-Impfung) entbehren jeglicher wissenschaftlichen Grundlage, da Fellners experimenteller Beweis bisher von niemand bestätigt wurde und seine Resultate einer Nachprüfung durch Verf. nicht standhielten. Auch E. F.

Digitized by Google

Müllers Beweis für eine immunisatorische Sonderfunktion der Haut läßt K. nicht gelten, gibt vielmehr an, daß der von Müller bei Hautreizung festgestellte Leukozytensturz nicht nur bei intrakutanen, sondern auch bei der Applikation von der Mundschleimhaut und vom Darm (eines anus praeternaturalis) aus zu erzielen ist und hält Müller vor, daß dieser ja selbst den Leukozytensturz als durch Vagusreiz entstanden deutet. Auch der Müllerschen Angabe, daß bei Blennorrhoe intrakutane Aolaninjektion provokatorischer wirkt als subkutane, widerspricht Verf., und zwar auf Grund gemeinsamer Untersuchungen seines Assistenten Peschic mit Jaffe. Die bekannten klinischen Beweise E. Hoffmanns für eine Esophylaxie der Haut läßt K. auch nicht gelten, er führt dagegen an, daß Masernschutz auf Kindern mittels Serum von Masernrekonvaleszenten übertragbar ist (Degkwitz) und zitiert Lewandowsky, dessen Ansichten über das Vorkommen von Lungentuberkulose bei Hautlupus mit Hoffmanns Beweisführung für die Esophylaxie der Haut kontrastieren. F. Jacobsohn-Berlin.

Sofortreaktion bei intrakutaner Serumeinverleibung, von Hans Biberstein und Werner Jadassohn-Breslau. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 970.) Unter Sofortreaktion verstehen Verff. eine etwa 10 Minuten nach Vornahme einer intrakutanen Injektion beim Menschen anftretende Reaktion. Es handelt sich dabei um einen die Einspritzungsquaddel umgebenden, zackenförmigen, oft bis handtellergroßen roten Hof, der nach etwa 1 Stunde wieder verschwunden ist. Die Stärke der Sofortreaktion ist neben der Lokalisation — am Rücken tritt die Reaktion stärker als am Arm hervor — von der Art des zur Injektion kommenden Serums abhängig, während zwischen aktivem und inaktivem Serum kein Unterschied besteht. Ratten- und Ziegenserum machen im allgemeinen recht kräftige, Menschen- und Meerschweinchenserum ergeben neben stark positiven auch negative Reaktionen. Immerhin fällt die Reaktion auf das gleiche Serum bei verschiedenen Menschen verschieden aus. In einem Falle gelang es, eine besonders starke Überempfindlichkeit gegen Meerschweinchenserum auf andere Personen zu übertragen, wofür die Verff. eine experimentell verursachte Steigerung einer an sich normalen Reaktionsfähigkeit als Begründung für die Übertragung annehmen.
E. Langer-Berlin.

Eiweißsensibilisierung (Protein Sensitization), von A. G. Gould-Ithaka. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 6, S. 394—397.) An Studenten hat Verf. diagnostische und prophylaktische Studien betreffs Heufieber, Asthma, Ekzem und Nesselsucht gemacht. Die Mannigfaltigkeit des angewandten Materials sowie der Befunde, die in 7 Tabellen zusammengefaßt werden, macht die Wiedergabe des Aufsatzes in einem kurzen Referat unmöglich. F. Quasig-Hamburg.

Hautnekrose nach wiederholter Injektion von Diphtherie-Serum, von C. Hegler-Hamburg. (Kl. W., 1923, Nr. 15, S. 698.) Bei einer 23jähr. Patientin, die nach der ersten Diphtherieseruminjektion ein Exanthem bekommt, tritt nach einer zweiten im Anschluß an eine vorausgeschickte Afenilinjektion vorgenommene Diphtherieserum-Einspritzung sofort an der Injektionsstelle (Gesäß) eine Anschwellung auf, der um die Injektionsstelle unter Fieber bis 40,2° eine harte, über dreifaustgroße Infiltration folgt, während die nächste Umgebung des Stichkanals in etwa Handtellergröße völlig anämisch wird. Hieran schließt sich eine Nekrose der Haut in dem ganzen veränderten Bezirk, die nur langsam abheilt, während keinerlei andere anaphylaktische Symptome aufgetreten sind, für deren Verhinderung Verf. als Ursache die Afenilinjektion annimmt. Als Grund für die Hautüberempfindlichkeit als einziges anaphylaktisches Symptom könnte man vielleicht die vorhergegangene Serumurtikaria anführen. Therapeutisch hat intravenöse Afenilinjektion günstig gewirkt. E. Langer-Berlin.

Anaphylaktische Erscheinungen bei Genuß von Hühnereiern, von E. Grabe-Kasan. (D. m. W., 1923, Nr. 19, S. 614.) Nach jahrelangem, reichlichem Genuß von Eiern stellte sich ganz plötzlich Überempfindlichkeit ein. Selbst Speisen mit minimalem Eierzusatz lösten jedes Mal anaphylaktische Erscheinungen aus.
F. Harry-Wiesbaden.

Plötzlicher Tod durch anaphylaktischen Chok (Sudden Death from Anaphylactic Chok), von F. W. Sumner-Simla, Indien. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3246, S. 465.) Bei der Ausführung von prophylaktischen Injektionen von Diphtherie-Antitoxin in einer Mädchenschule zeigte ein 8jähr. Mädchen wenige Sekunden nach der Verabreichung von 1000 Einheiten schwerste Kollapserscheinungen und verschied in wenigen Minuten trotz künstlicher Atmung und anderer Maßregeln. Die anderen (10) Kinder ertrugen die Injektionen anstandslos. Nachträglich wurde festgestellt, daß das Kind gelegentlich an Atembeschwerden gelitten hatte und mit offenem Munde zu schlafen pflegte. Bis

Digitized by Google

vor 2 Jahren hatte sie nach Wagenfahrten (offenbar als Reaktion auf die Ausdünstungen der Pferde), aber nicht nach Automobilfahrten, stets entzündete Augen und starke Nasensekretion akquiriert. Es war bemerkt worden, daß sie stets den obersten Knopf an ihrem Kleide nicht zugeknöpft haben wollte (Thymusvergrößerung?), und daß sie 3 Wochen vor dem Unfall nach einer reichlichen Mahlzeit eine Ohnmachtsattacke erlitten hatte. Obduktion wurde nicht ausgeführt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Beteiligung des Sauerstoffes bei der oligodynamischen Metallwirkung, von Kurt Herzberg, R.-Ges.-Amt Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 2, S. 113—126.) Die bakterizide Wirkung stark verdünnter Metallsalzlösungen zerfällt in zwei Teilvorgänge, in eine Metallgift- und eine Sauerstoffwirkung. Nach Adsorption der Metallionen kommt die oligodynamische Wirkung nur bei Sauerstoffgegenwart zustande. Die Vernichtung der Bakterien erfolgt durch Oxydation und Dehydrierung. Nur letztere, durch Verdichtung des Sauerstoffes an den Ionen ausgelösten Prozesse stellen das Wesen der Oligodynamie dar. F. Harry-Wiesbaden.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Über histologische Befunde bei subkutanen medikamentösen Injektionen, von Adolf Hartwich, Patholog. Institut Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 240, H. 1/2, S. 249.) Eingehende Literaturübersicht. Abbildungen von Schnittpräparaten. Das Resultat seiner Untersuchungen gibt Verf. in einer Zusammenstellung wieder: Die histologische Untersuchung der Injektionsstellen von Koffein, Morphium, Much schem Serum, Diphtherieserum und Aolan ergab keine dauernden geweblichen Veränderungen. In 38 Fällen wurde die Wirkung von subkutanen Kampferinjektionen untersucht, wobei 30 mal, also in 75% Gewebsschädigungen nachgewiesen wurden. Diese äußerten sich a) in hämorrhagischer Entzündung, b) in entzündlichem Ödem, c) in Gefäßwandschädigungen in Form von Wandnekrosen mit ihren Folgezuständen.
F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Über die histologischen Veränderungen im menschlichen Gewebe nach Injektion von Paraffin, von W. Hüper, Path. Inst. des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin-Schöneberg, Prof. Habt. (Frankf. Zschr. f. Path., 1923, H. 1—2.) Verf. berichtet über Untersuchungen eines Falles, wo einer Frau aus kosmetischen Gründen Paraffininjektionen in die Mammae und Supraklavikulargruben gemacht worden sind. Anfänglich guter Erfolg, bald aber wieder Abflachung unter starken Schmerzen. Nach 12 Jahren wegen unerträglicher Schmerzen Amputation der gänzlich geschrumpften Mammae; perlschnurartige Stränge führen nach den Achselhöhlen und Supraklavikulargruben, in denen zahlreiche verschiebliche harte Knoten palpabel sind. Aus den chemischen und histologischen Untersuchungen am Präparat ergibt sich, daß Paraffin, in größerer Menge injiziert, selbst bei jahrelanger Lagerung im Gewebe nur unwesentlich abgebaut oder abtransportiert wird. An diesem Abbau sind vorwiegend Bindegewebselemente, epitheloide und Riesenzellen beteiligt; Lymphozyten und Mastzellen so gut wie gar nicht. In den mit Sudan gefärbten Schnitten zeigte sich in den großen Paraffinbuckeln und als Füllmasse der kleinen Alveolen der Gewebslücken und auch als Zellinhalt eine Substanz, die sich wie Fett färbte. Verf. widerlegt die bestehenden Ansichten, daß es sich hierbei um körpereigenes Fett oder um Fett, durch Abbau aus Paraffin entstanden, handelt, sondern ist der Ansicht, daß dies Vaseline sei, die nachweislich in der Injektionsmasse vorhanden war, deren Schmelzpunkt 1. bei Körpertemperatur liegt, 2. also erheblich niedriger als der des Paraffins und 3. die nach einiger Zeit leichter abtransportiert werden konnte als das harte Paraffin. Von einer krebsigen Entartung war nirgends etwas festzustellen. A. de Lemos-Hamburg.

Über die Gesetze der Gewebsquellung und ihre Bedeutung für klinische Fragen (Wasseraustausch im Gewebe, Lymphbildung und Ödementstehung), von H. Schade und H. Meuschel-Kiel. (Zschr. f. kl. M., 1923, Bd. 96, H. 4/6, S. 279.) Ausführliche experimentelle und klinische, mit zahlreichen Kurven und Tabellen erläuterte Studie zu obigem Thema. Im experimentellen Teil beschäftigen sich die Verf. mit den verschiedenen Ursachen der Quellungsbeeinflussung. Diese ausführliche Darstellung ist im Rahmen eines Referates nicht eingehend genug wiederzugeben. Ihr klinischer Teil beschäftigt sich vor allem mit einer Neueinteilung der Ödeme auf Grund experimenteller Studien. Verff. unterscheiden das Alkaliödem, das Stauungsödem und Entzündungsödem und von physiko-chemischen Grundlagen aus das onkotische, mechanische und vorwiegend osmotische Ödem. Unter onkotischem verstehen Verf. im Gegensatz

Digitized by Google

zu osmotischem Druck jeden flüssigkeitsansaugenden Druck, der durch die Kolloide in Lösungen oder Gallerten hervorgerufen wird. E. Langer-Berlin.

Die Ansteckung gesunder Zellen durch kranke, von E. Frey-Marburg. (D. m. W., 1923, Nr. 17, S. 535—536.) Das letzte Waschwasser nach viermaligem Auswaschen mit der dreißigfachen Menge Ringerlösung von Blutzellen, die durch Piperidin oder Gehirnextrakt vakuolisiert sind, vermag normale Blutzellen pathologisch zu verändern. Eine Piperidin- oder Gehirnzellenwirkung kann nicht mehr vorliegen, da die Konzentration im letzten Waschwasser unterhalb der Grenze der Wirksamkeit liegt. Setzt man normalen Blutzellen statt des Waschwassers vakuolisierte Zellen zu, so treten dieselben pathologischen Veränderungen (Vakuolisierung) in noch höherem Prozentsatz auf. Die Erscheinungen der fortschreitenden Degeneration finden eine Erklärung durch die Annahme, daß infolge der anfangs durch Giftstoffe erfolgten Zellschädigung Stoffe frei werden, die ihrerseits wiederum neue Zellschädigungen hervorrufen.

F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über Form und Ausbreitung der lokalen Gefäßreaktion und ihre Beziehungen zu den spinalen Hautbezirken, von Friedrich Kauffmann und Heinz Kalk-Frankfurt a. M. (Zschr. f. kl. M., 1923, Bd. 96, H. 4/6, S. 349.) Unter „lokaler Gefäßreaktion" ist die Rötung der Haut in der Umgebung einer intrakutan gesetzten Quaddel zu verstehen, die nach Verschwinden der flüchtigen primären Rötung — reflektorische Reaktion — als länger dauernde Hyperämie infolge direkter Reizung der Kapillaren zurückbleibt. Die Versuche wurden mit intrakutanen Kaseosaninjektionen vorgenommen. Dabei zeigte sich bei normaler Haut, daß die Medianlinie und ebenso die Voigtschen Grenzlinien von den hyperämischen Feldern nicht überschritten werden, und daß die Reaktion am Rumpf ungefähr den Rippen, an den Extremitäten der Längsachse parallel läuft. Auch die segmentalen Grenzlinien und Headschen Zonen bilden für die hyperämischen Flecke ein Hindernis im Weiterschreiten, außer wenn die Quaddel sehr nahe an die Grenze des Segments gesetzt wird, da hier die Überlagerung der Zonen ins Gewicht fällt. In kleinen spinalen Hautsegmenten kommt der Einfluß ihrer Grenze nicht zur Geltung. Die Richtung des Segmentes und ihre Größe ist auch von Einfluß auf die Form der lokalen Gefäßreaktion. Im Bereich eines Herpes zoster und der Headschen Zonen ist das hyperämische Feld kleiner, schwächer und von kürzerer Dauer gegenüber der normalen Haut. Im Gebiet einer Leitungsanästhesie tritt keine Änderung gegenüber normalen Stellen ein, dagegen unter dem Einfluß der Infiltrationsanästhesie. E. Langer-Berlin.

Über die Beeinflussung des Blutbildes durch Reizkörper, von J. Weicksel-Leipzig. (Zschr. f. kl. M., 1923, Bd. 96, H. 4/6, S. 372.) Die Reaktion auf eine Reizkörperinjektion ist abhängig vom Reizstoff und der Art des erkrankten Gewebes; je empfindlicher dieses, wie z. B. Lunge und Gehirn, um so vorsichtiger muß man sein. Ein gut verwertbarer Indikator für die Wirksamkeit des verabfolgten Reizkörpers ist die Leukozytenkurve, die Verf. auf Grund von Menschen- und Tierversuchen erhoben hat. Der Injektion folgt zunächst eine kurze Leukopenie, wahrscheinlich durch einen Vasokonstriktorenreiz veranlaßt, der sich bei günstiger Wirkung ein Leukozytenanstieg anschließt, der nach etwa 24 Stunden wieder zur Norm zurückgegangen ist. Verf. faßt die Leukozytose als Knochenmarksreiz auf. Akute Erkrankungen reagieren leichter und stärker auf Reizkörper als chronische Erkrankungen. Dabei ist bei ersteren, besonders bei Lungenerkrankungen, besondere Vorsicht geboten. Bei geringem Leukozytenanstieg fehlt meistens eine Fieberreaktion, die aber bei einer Vermehrung der Leukozyten um etwa 50% stets auftritt. Die Versuche wurden mit Kaseosan, Ag-Kaseosan und Elektrokollargol vorgenommen, von denen ersteres am wirksamsten war. Die Wirksamkeit entsprach ihrem N-Gehalt. E. Langer-Berlin.

Leukozytensturz nach unspezifischen Intrakutanimpfungen. Beitrag zur biologischen Bedeutung der Haut, von E. F. Müller, Med. Univ.-Polikl. Hamburg. (Zschr. f. d. ges. experiment. M., 1923, Bd. 32, H. 1—4.) Untersuchungen an Gesunden und an Kranken haben ergeben, daß stets wenige Minuten nach intrakutaner Aolaninjektion eine deutliche Senkung der Leukozytenwerte um etwa $^1/_3$ der Ausgangswerte eintritt; selbst Leukozytosen (Leukämien, Pneumonien) und Leukopenien (sekundäre und perniziöse Anämien) machen hierbei keine Ausnahme. Nur bei einem Fall von ausgesprochenem Basedow fand sich dieser Leukozytensturz nicht. Eine befriedigende Erklärung, warum nach diesem minimalen, von der Haut her ausgelösten Reiz die Leukozyten sofort bis zur Dauer von 1—$1^1/_2$ Stunden aus dem peripheren Blut verschwinden, kann zur Zeit nicht gegeben werden. Fest steht, daß es sich nur um ein Verschwinden der Leuko-

Digitized by Google

zyten aus dem Kapillarblut der Körperoberfläche handelt, nicht etwa um ein Zugrundegehen dieser Zellen, denn nach 1—1½ Stunden, bei den Blutkrankheiten nach einigen Tagen, findet man wieder dieselben Leukozytenwerte wie vor der Injektion. Von welchem Organ oder System aus diese Leukozytenverteilung reguliert wird, muß vorerst dahingestellt bleiben. Sicher ist, daß ein Zusammenhang zwischen äußerer Haut und Leukozytenverteilung besteht. Es lassen sich 2 Injektionsfolgen voneinander unterscheiden. Die eine ist die von der Gesamthaut ausgehende Wirkung, die eintritt, bevor eine Resorption des Mittels stattgefunden hat und die erkennbar ist am Leukozytensturz. Die andere ist der Effekt des Fremdstoffes auf die Einstichstelle und die umgebenden Hautpartien nach der Resorption. Daß der Leukozytensturz bereits 1 Minute nach der intrakutanen Injektion nachweisbar ist, ohne daß aus der Quaddel etwas resorbiert sein kann, spricht dafür, daß sich der Vorgang in einer der Reizübertragung mittels der Nervenbahn ähnelnden Form, also reflexartig, abspielen muß. Es ist anzunehmen, daß diese Leukozyten nach der Einspritzung für eine gewisse Zeit in den Gefäßgebieten der inneren Organe zurückgehalten werden. Jedenfalls zeigt sich in diesem Verhalten die Bedeutung der Haut für das Zustandekommen biologischer Vorgänge.

A. de Lemos-Hamburg.

Leukozytensturz infolge unspezifischer Intrakutanimpfung mit nichteiweißhaltigen Einspritzungsstoffen, von H. Ritter-Hamburg. (Kl. W., 1923, Nr. 17, S. 784.) Verf. prüfte die Müllerschen Versuche nach und nahm als Reagenzien für seine Untersuchungen 1. 5%ige Milchzuckerlösung, 2. Ol. olivarum und 3. fraktioniert sterilisierten Mohrrübensaft. Mit diesen 3 Reaktionskörpern konnte er feststellen, daß sie bei intrakutaner Injektion innerhalb 15—20 Min. einen Leukozytensturz veranlaßten, der ungefähr um ein Drittel bis die Hälfte des Ausgangswertes betrug. Dagegen konnten dieselben Stoffe bei subkutaner Verabfolgung keinerlei Änderung der Leukozytenzahl veranlassen. Verf. schließt daraus, daß von der Haut eine bestimmte Funktion oder ein Reiz ausgehen muß, die die Blutbildänderung hervorruft. E. Langer-Berlin.

Die Bedeutung der Drüsenschwellungen bei Infektionen (The Significance of Lymphatic Involvement in Infections), von W. J. Mayo-Rochester (Minn.). (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 4, S. 221—224.) Verf. greift auf seine früheren Arbeiten zurück, wo er behauptet hat, daß das lymphatische System den Höhepunkt seiner Bedeutung und seiner Leistungen in der Pubertät erreicht hat und daß es von dieser Zeit ab einer Rückbildung unterliegt, wie andere lymphatische Gebilde auch, z. B. die Tonsillen, die Milz. Er möchte aus diesem Zusammenhang heraus auch die Tatsache erklären, daß die Heilungsaussichten des operierten Karzinoms mit zunehmendem Alter besser werden, während der Operateur dem rapiden Vorschreiten des Karzinoms auf dem Lymphwege bei jüngeren Kranken meist machtlos gegenübersteht. Jedoch will er auf Grund zahlreicher Operationen und Drüsenexstirpationen ganz besonders darauf hinweisen, daß bei vielen älteren Krebskranken die derben infiltrierten Drüsen keine Kontraindikation zur Operation sein sollten; denn die Drüsenaffektion ist in vielen mikroskopisch untersuchten Fällen gutartiger Natur, hervorgerufen z. B. durch ein chronisches Ulkus, daß der krebsigen Entartung voraufging. Bei vielen Sektionen zeigten die dann vergrößerten Drüsen von Kranken mit Intestinalkrebs nur die Veränderungen chronischer Sepsis. Verf. selbst hat viele Fälle, die auf Grund des Drüsenbefundes als inoperabel galten, operiert, und die Patienten blieben lange Zeit rezidivfrei.

A. de Lemos-Hamburg.

Über Organveränderungen nach Lanolinfütterung beim Kaninchen, von M. Chuma, Path. Inst. Osaka. (Virch. Arch., Bd. 242, H. 1/2.) Chuma verwendete für seine Untersuchungen, die einen Zeitraum von 2 Jahren beanspruchten, 30 Kaninchen, deren eine Hälfte kastriert und deren andere als Kontrolltiere benutzt wurden und die täglich 6 g wasserhaltiges Lanolin (gleichzeitig mit Bohnengallertextrakt) erhielten. Es haben sich bei diesen, genau hier beschriebenen, experimentellen Untersuchungen die gleichen Befunde ergeben, wie sie Ignatowsky, Anitschkow u. a. m. gemacht haben. Da Lanolin neben mehrwertigen Alkoholen und mehreren Säuren Cholesterin enthält, bewirkt Lanolinfütterung Hypercholesterinämie, wie sie Wacker und Huеck schon bei Cholesterinfütterung gefunden haben. Die Veränderung der Aorta bei Lanolinfütterung entspricht dem Cholesterintypus der Atherosklerose. Die Niere zeigt chronische parenchymatöse Nephritis, wobei sich das doppeltbrechende Fett in den Harnkanälchen und Epithelzellen der intakten Henleschen Schleifen ablagert. Die Leber ist vergrößert und weist Rippendruckzeichen auf, bei längerer Fütterungsdauer enthalten nur die Kupfferschen Sternzellen doppeltbrechendes Fett. Der Magen weist Adenome auf, die Neben-

Digitized by Google

nieren sind bis auf das Dreifache vergrößert und zeigen doppeltbrechendes Fett in der Zona reticularis und fascicularis, die Milz ebenso in Endothelzellen der Sinus- und Retikulumzellen, zuweilen aber auch myeloisches Gewebe und nekrotische Herde. In den Gelenken finden sich viele Pseudoxanthomzellen, ebenso in der Synovia und dem Gelenkbeutel, daher Verdickung, die sich makroskopisch in einer Verdickung, besonders der Zehengelenke, äußert. Das Auge weist nach 100tägiger Lanolinfütterung Ablagerungen grauweißer Fettsubstanzen an Kornea und Konjunktiva, in der Iris Pseudoxanthomzellen auf. Die Haut zeigt einen gelblichen Ton, ist etwas verdickt und weist Knotenbildungen auf, die den menschlichen Xanthoma planum und tuberosum ähnlich sind. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in diesen Knoten viele Pseudoxanthom- und Riesenzellen, Neubildung von Bindegewebe und Cholesterinablagerung. Auch Atrophie der Talg- und Schweißdrüsen und Schwund des elastischen Gewebes konnte man beobachten. Bei den kastrierten Tieren ergab es sich, daß sie stärkere Veränderungen in allen Organen gegenüber den nichtkastrierten aufwiesen, obwohl bei beiden die Fütterungszeit die gleiche war. Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse mit Lanolinfütterung nimmt nun Chuma an, daß es sich hier um zwei pathologische Prozesse handelt. Erstens findet durch die Hypercholesterinämie im Blute eine Ablagerung von Cholesterinestern in den Zellen und im Interstitium statt. Durch die Ablagerung von Cholesterinester im letzteren entsteht als Reaktion gegen diese Ablagerung xanthomatöses Gewebe, wie z. B. in der Intima der Aorta, in der Haut, im Auge, in den Gelenken und im Magen. Durch diese Prozesse entsteht die Xanthomatose bei Lanolinfütterung des Kaninchens. Bei den übrigen auftretenden Veränderungen, wie chronischer Nephritis, Magenadenomen, Zungenpapillomen und Veränderungen der myeloischen Gewebe, sowie bei Entstehung von nekrotischen Herden in Milz und Leber, ist nach Ch.s Ansicht eine direkte Beziehung zu der Cholesterinablagerung nicht nachzuweisen. Die Befunde decken sich im allgemeinen mit jenen anderer Forscher, die auch andere Tiere, wie Ratten, Katzen, Meerschweinchen zu ihren Versuchen benutzt haben und verschiedene animalische Nährmittel, wie Ochsengehirn, Kuhmilch, Fleisch, Leber, Lezithin usw. verfüttert haben, da all diese Nährmittel, gleich dem Lanolin, Cholesterin enthalten. Chuma nimmt nun an, daß die Ursache der obengenannten Hautveränderungen gleich jenen der entzündlichen Xanthome des Menschen ist, die durch den lokalen Reiz der langdauernden Hypercholesterinämie entstehen: ein Teil der Pseudoxanthomzellen soll von den Histiozyten und ein anderer von den Fibroblasten herrühren. M. Stern-München.

Kritische Bemerkungen zu den blutchemischen Arbeiten Dr. E. Pulays, von Erich Urbach-Wien. (Kl. W., 1923, Nr. 17, S. 785.) Polemik gegen Pulay. Verf. versucht, gestützt auf die Anführung von Zahlen und Tabellen, nachzuweisen, daß die von P. für Blutharnsäure, Cholestearin, Kalk und Zucker gemachten Angaben den eigentlichen Werten nicht entsprechen, und daß somit auch seine daraus gezogenen Schlußfolgerungen hinfällig seien. E. Langer-Berlin.

Dermatologische Diagnostik, von Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 16, S. 516—518, Nr. 19, S. 614—616, Nr. 20, S. 648—650.) Besprechung der Diagnostik von Hautkrankheiten in alphabetischer Reihenfolge. F. Harry-Wiesbaden.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Zur Wirkungsweise des Schwefels, von A. Hottinger, Phys. chem. Anstalt d. Univ. Basel. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 17, S. 429.) Der Schwefel wird im Darm zu Schwefelwasserstoff reduziert; dieser bindet Schwefel zu Polysulfiden. Polysulfide bzw. Natriumpolysulfide lagern sich um und spalten leicht S ab. Schwefel wirkt im biologischen Geschehen als Wasserstoffakzeptor im Sinne von Wieland, indem er sich zu Schwefelwasserstoff reduziert. Er scheint dadurch eine große Rolle spielen zu können bei Oxydationsprozessen im Organismus, speziell beim Abbau gewisser saurer Stoffwechselprodukte. Aus Schwefelwasserstoff entsteht leicht Schwefelsäure unter Reduktion des Blutsauerstoffs. Dadurch kommt dem Schwefel eine zweifache Stellung zu: als Oxydationsmittel und als Reduktionsmittel. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der Schwefelwirkung, von H. Werder, Physiolog. chem. Anstalt Basel. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 95, H. 3/4, S. 238.) Schwefel und Schwefelwasserstoff gehören zu den ältesten Arzneimitteln, doch ist man über den Vorgang ihrer Wirkung noch wenig unterrichtet, am meisten noch über ihre Resorption. Die Darmschleimhaut vermag mit ihren Eiweißkörpern Schwefel zu reduzieren, die

Digitized by Google

Menge Schwefelwasserstoff, die resorbiert wird, ist jedoch entsprechend der geringen Alkaleszenz gering. Besser resorbierbar sind die Polysulfide (Thiosulfate, Pentathionsäure). Auch die Säuren der Polysulfide H_2S_2 und H_2S_3 sind in Zimmertemperatur besonders im Dunkeln relativ gut in Lösung zu halten. Schwefelwasserstoff vermag in Pulverlösung von Phosphaten Schwefel zu lösen, ein Vorgang, der auch im Darm stattfindet. In der Wirkung unterscheiden sich Schwefel und Schwefelwasserstoff, während das Wasserstoffpolysulfid sich vom Schwefelwasserstoff kaum unterscheidet. Schwefel, der als Sulfid und Polysulfid resorbiert wird, kann in diesen Verbindungen leichter oxydiert werden als in seiner elementaren Form. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Mitigal-Schwefelsalbe, von H. Th. Schreus-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 18, S. 585.) Die günstige Wirkung des Mitigals kann bedeutend verstärkt werden, wenn man seine schwefellösende Eigenschaft in der Wärme zur Herstellung fein verteilter Schwefelsalben benutzt. Näheres über die Herstellung dieser Salben in der Derm. Zschr., 1922, Nr. 37, S. 57. F. Harry-Wiesbaden.

Combustin, eine wismuthaltige Salbe und ihre Verwendung in der dermatologischen Praxis, von Wilhelm Stahl-Plauen i. Vgtl. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 14.) Auf Grund 10jähriger Erfahrung wird die Salbe nicht nur als Brandsalbe empfohlen, sie wirkt vielmehr auch gut bei Erfrierungen, Ulcus cruris varicosum, intertriginösem Ekzem. E. Levin-Berlin.

Hauttransplantation nach Reverdin-Halsted auf granulierende Wunden, von Karl Schläpfer-Baltimore. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1923, Bd. 129, H. 1, S. 162, 4 Abbildungen.) Jede granulierende Wunde läßt sich Verf. nach vorgängiger Sterilisierung mittels Dakin-Lösung innerhalb kurzer Zeit mit einer elastischen, widerstandsfähigen Haut decken, besonders bei grubenförmigen, vielbuchtigen Wunden, nach Sequestrotomien wegen chronischer Osteomyelitis, bei ausgedehnten Quetschrißwunden mit anschließenden Nekrosen im Granulationsstadium, Röntgenverbrennungen, chronischen Beingeschwüren. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über eine neue Therapie gewisser Hauterkrankungen, von G. Scherber-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 14, S. 659.) Verf. hat mit den von Truttwin hergestellten Jod-Wismut- und Jod-Uran-Salben Versuche gemacht, die das Jod in dreifacher Form enthalten: gebunden, frei und nascierend, und bei denen zum ersten Male das Wismut in einer Verbindung in wasserlöslicher Form enthalten ist. Beim Uran handelt es sich in dieser Salbenform um eine direkte und eine Emanationswirkung. Die Salben kommen unter dem Namen Andriolwismut- bzw. Uransalbe in den Handel. Verf. hat die Salben bei Lichen ruber erprobt und hier vor allem mit der Uransalbe recht günstige Resultate erhalten, desgleichen bei den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose. E. Langer-Berlin.

Über Flavizid-Behandlung bei Erkrankungen der Haut und Schleimhaut junger Kinder, von A. Edelstein-Halpert, Kaiserin Augusta Viktoria-Haus Charlottenburg. (M. Kl., 1923, Nr. 20, S. 685.) Flavizidalkohol und Flavizidglyzerin bringen die gewöhnliche Intertrigo der Säuglinge schnell zur Abheilung. Flavizidbehandlung beeinflußt alle Staphylokokkenerkrankungen der Haut (Pustulosis, Furunkulose, infizierte Ekzeme, Impetigo), Hautdiphtherie, Mischinfektionen mit Diphtheriebazillen günstig. Bei den konstitutionellen, rein exsudativen Gesichtsekzemen ist sie kontraindiziert, kann schädlich wirken. Flavizidglyzerin mit einem Zusatz von Azetonchloroform ist zu empfehlen bei Stomatitis aphthosa, Soor, Angina Plaut-Vinzent.
E. Levin-Berlin.

Therapeutische Notizen, von Aufrecht-Magdeburg. (M. Kl., 1923, Nr. 21, S. 727.) Für trockene Ekzeme empfiehlt sich Hydrarg. präcip. alb., jedoch in schwächerer Konzentration als in der offizinellen Salbe, nur 1:200 bis 1:100. Bei nässenden Ekzemen zunächst Umschläge mit 3%iger Borsäure, stündlich, vom zweiten Tage ab dazu abends Präzipitatsalbe. Karbolsäure wirkt spezifisch als Chemotherapeuticum gegen Infektionskrankheiten, die durch Streptokokken oder Staphylokokken bedingt sind: Betupfen mit 5%iger Lösung oder Auflegen damit getränkten Wattebausches bei Furunkeln, Schweißdrüsenentzündungen der Achselhöhle, Bartflechte; Injektionen in Stärke von $1^1/_2$ bis 2, eventuell auch 3% bei Erysipel. E. Levin-Berlin.

Die Zusammensetzung von Sabourauds haarwuchsbeförnderndem Waschwasser lautet folgendermaßen: Tinct. Lavandulae 20,0, Aceton 30,0, Aqu. dest. 30,0, Kal. nitr. 0,5, Spiritus (90%ig) ad 100,0. (Nach J. méd. et chir. prat., August 1922, Pharm. Z., 29. März 1923.) M. Stern-München.

Digitized by Google

Autohämotherapie (Autohémothérapie), von Lortat-Jacob und P. Legrain. (Progr. méd., 1923, Nr. 14.) Die Art der Wirkung der Autohämotherapie ist noch nicht geklärt, in Frage kommen dabei Shock (Modifikation des kolloidalen Gleichgewichtes) und Desensibilisierung. Indiziert ist die Behandlung bei pruriginösen Affektionen (Urticaria chron., Prurigo, diffusem Pruritus, Neurodermitis), chronischen rezidivierenden Ekzemen, Duhringscher Krankheit, gewissen chronischen Infektionen (Furunkel, Anthrax, Hidrosadenitis). Die Erfolge sind schwankend. Bei der Behandlung empfiehlt es sich, obwohl stärkere Reaktionen sehr selten sind und die Methode als völlig gefahrlos bezeichnet werden kann, zunächst die Empfindlichkeit durch 1—2 schwache Injektionen von 2—5 ccm zu erproben. Man verabfolgt dann wöchentlich 2 Einspritzungen des aus der Vene entnommenen Blutes von je 10 ccm, eventuell als stärkere Behandlung von 20 ccm. Über 6—12 Einspritzungen soll man nicht herausgehen, weil, wenn mit diesen ein Erfolg nicht eingetreten ist, er nicht mehr in Frage kommt.

E. Levin-Berlin.

Die Proteinkörpertherapie in der Kinderheilkunde, von Z. von Barabàs und F. von Torday, Staatl. Kinderasyl Budapest. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 72, H. 2, S. 111.) Im Säuglingsalter kann man die Proteinkörpertherapie nur in engen Grenzen anwenden, da bei entzündlichen infektiösen Erkrankungen leicht eine verhängnisvolle Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes hervorgerufen werden kann. Sehr geschwächte Säuglinge eignen sich nicht zur Proteinkörpertherapie, ebenso bei den durch Ernährungsstörungen verursachten Atrophien. Bei der Auswahl des Reizkörpers müssen die Prinzipien des Pflüger-Arndtschen Grundgesetzes streng befolgt werden: Körper und artfremde Eiweißkörper sind nicht zu empfehlen, am besten das menschliche Blut, dann die Tierseren und Frauenmilch. Anaphylaktische Erscheinungen sind selten beobachtet. Bei tuberkulösen Kindern sind Erfolge nicht erzielt worden. Zunächst ist von der Proteinkörpertherapie in der Kinderheilkunde nicht viel zu hoffen. Sie kann eventuell in der Anstaltbehandlung versucht werden.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Arzneiexantheme. Gewerbliche Schädigungen. Dermatitis arteficialis.

Gefärbte Pelzwaren und Dermatitis (Dermatitis from Dyed Fur), von H. C. Semon-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3246, S. 467.) Verf. hat kürzlich eine ganze Reihe von Patienten mit einer der seborrhoischen Dermatitis ähnelnden Affektion am Hals und Kinn behandelt, bei denen als ätiologisches Moment das Tragen eines Pelzkragens erwiesen wurde. Der Pelz war ein minderwertiges Fabrikat, vermutlich Kaninchenfell, das mit einem Paraphenyldiamin gefärbt war. Bei länger dauernden Fällen breitete sich die Enzündung weiter über das Gesicht und sogar bis auf die Arme aus.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die Lichttherapie in der Dermatologie, von R. Volk. (W. m. W., 1923, Nr. 17, S. 787.) Für den praktischen Arzt bestimmte kurze Übersicht der für die Lichttherapie geeigneten Hauterkrankungen. Für den Facharzt nichts Neues.

E. Langer-Berlin.

Untersuchungen über die Physiologie der Lichtwirkung, von Stephan Rothmann-Gießen. (Kl. W., 1923, Nr. 19, S. 881.) Die an der Haut hervorgerufenen Reaktionen beeinflussen den Gesamtorganismus. Sie gehört somit ohne Zweifel in die Reihe der innersekretorischen Organe. Starke Belichtung der Haut ruft nicht nur Blutdrucksenkung, sondern auch Hypoglykämie hervor. Beide Veränderungen bilden sich mit der Ausbildung der Pigmentierung der Haut langsam zurück. Die primäre Lichtwirkung scheint am Sympathikus anzusetzen. Meist erfolgt gleichzeitig mit der Sympathikushypotonie ein Anstieg des Tyrosinspiegels, jedoch ist es nicht regelmäßig der Fall, während mit dem Auftreten der Pigmentierung stets ein Tyrosinschwund in der Blutbahn sich findet.

E. Langer-Berlin.

Über den Mechanismus der katalytischen Komponente der Zellatmung und ihre Beeinflussung durch Röntgenstrahlen. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Angriffspunktes der biologischen Röntgenwirkung, von P. Ellinger und M. Landsberger-Heidelberg. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 966.) Die katalytische Funktion

Digitized by Google

von Katalysatoren der verschiedensten Art (Platin, Eisen, Cäsium, Rubidium und die Komplexsalze der übrigen Alkalien mit Farbstoffen) erfährt durch Röntgenbestrahlung eine längere Zeit anhaltende und erst allmählich abnehmende teils fördernde, teils hemmende Veränderung, die die Bestrahlungszeit überdauert. Es handelt sich hierbei um eine Elektronenemission. Letztere läßt sich auch durch Beeinflussung der photographischen Platte unter Benutzung des Eisenchlorids als bestrahltem Katalysator nachweisen. Diese Versuche können eine Erklärung für die lange Nachwirkung der Röntgenstrahlen im Organismus abgeben, da es sich wohl hier um eine Elektronenemission der Schwermetalle handelt. E. Langer-Berlin.

Experimenteller Beitrag zum Problem der wachstumsteigernden Wirkung der Röntgenstrahlen auf normales menschliches Gewebe, von Albert Simons, Univ.-Inst. f. Krebsf. d. Charité Berlin. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 30, H. 3/4.) Nachdem festgestellt war, daß verschiedene Fingernägel beider Hände ein ganz gleichmäßiges Wachstum zeigten, wurde durch Bestrahlung von Nägeln der einen Hand mit kleinen Röntgenstrahlenmengen eine deutliche Wachstumssteigerung gegenüber den nicht bestrahlten Nägeln erzielt. E. Levin-Berlin.

Funktionssteigerung und -schädigung von röntgenbestrahlten tierischen Geweben im Licht der Vitalfärbung, von L. Halberstädter und O. Wolfsberg, Univ.-Inst. f. Krebsf. d. Charité Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 32, H. 5/6.) Die feineren biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf tierische Gewebe bedürfen noch mannigfacher Klärung. Fast alles, was den sichtbaren Veränderungen vorangeht, entzieht sich unserer Kenntnis. Die Latenz und feineren Prozesse, die den groben Veränderungen vorangehen, Art des Ablaufs der Röntgenwirkung, das Abklingen derselben sind Fragen, die für die Biologie der Röntgenstrahlen von hoher Wichtigkeit sowohl in theoretischer als in praktisch-therapeutischer Hinsicht sind. Mit der von E. A. Schmidt (1921) zu diesem Studium herangezogenen Vitalfärbung ist ein verheißungsvoller Fortschritt eingeführt, den auch Verff. weiter verfolgten und womit sie die Resultate der früheren Untersuchungen bestätigt fanden. Zusammenfassend ergab sich folgendes: Das radiosensible Epithel spricht schnell und auf kleine Dosen an, hat eine geringere Dosenbreite und tritt bald in die Phase der Schädigung über, um so schneller, je größer die Strahlendosis war. Das Bindegewebe hat eine große Dosenbreite und färbt sich erst langsam stärker. Die Vermutung, daß auch äußerst starke, beim Menschen schwere Schädigung hervorrufende Dosen (60 Minuten ohne Filter beim Fokusabstand von 23 cm, Veifa-Apparat) bei weißen Mäusen ein Stadium sehr deutlicher Funktionssteigerung, das in erhöhter Vitalfärbung zum Ausdruck kommt, wird experimentell bestätigt; das Maximum der Steigerung wird nach etwa 12 Stunden erreicht. Bei der (Vital-)Färbung mit Trypanblau speichert sich dasselbe bei hoch dosierten Strahlen nicht in dem Grade auf wie bei geringeren Dosen. Die Dosenbreite, innerhalb deren die Vitalfärbung gesteigert ist, ist übrigens bei Parenchymzellen kleiner als beim Bindegewebe, wie Verff. schon in einer früheren Arbeit nachgewiesen haben. Der Umschlag von gesteigerter Speicherung zur Aufhebung der Vitalfärbung erfolgt bei 60 Minuten bestrahlten Tieren viel schneller als bei 5 Minuten bestrahlten. Bereits nach 24 Stunden ist die Vitalfärbung im Verschwinden, nach 48 Stunden völlig negativ. Bei 5 Minuten bestrahlten Mäusen ist auch am 5. Tage noch Epithelfärbung nachweisbar, was an Milz und Niere besonders deutlich zu erkennen ist. Die sehr naheliegende Deutung, bei jeder Bestrahlung zwei einander ablösende Stadien, das der Reizung und das der Schädigung anzunehmen, ist nicht ohne weiteres haltbar und durch die tatsächlichen Beobachtungen, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann, nur zum Teil erwiesen. Der Verlauf der Kurve der vitalen Färbbarkeit wird vielmehr als Resultante von hypothetischen Linien, deren eine die Funktionssteigerung; die zweite die Schädigung darstellt, aufgefaßt. Es wird angenommen, daß bei höheren Dosen die Latenz der schädigenden Wirkung geringer ist, ihr Verlauf auf höherem Niveau statthat. M. Stern-München.

Über einen scheinbar gesetzmäßigen Unterschied zwischen gutartigem und bösartigem Wachstum im Verhalten gegenüber der Röntgenwirkung, von Gottwald Schwarz-Wien. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 969.) Wiederholten Röntgenbestrahlungen gegenüber zeigt normal wachsendes Gewebe stets eine gleichbleibende oder erhöhte Empfindlichkeit, während bösartig wachsendes Geschwulstgewebe in seiner Empfindlichkeit einbüßt. Verf. erklärt die letztere Eigenschaft damit, daß er im Blastomgewebe zwei Zellarten annimmt, eine Gruppe, die röntgenempfindlich ist, und eine andere mit ausgesprochener Resistenz gegen die Röntgenstrahlen. Während durch die Bestrahlung die ersteren Zellarten zum großen Teil vernichtet werden, setzt sich der Rezidivtumor

Digitized by Google

mehr oder weniger aus der röntgenresistenten Zellgruppe zusammen, so daß seine Strahlenbeeinflußbarkeit immer geringer wird. E. Langer-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über den Adrenalingehalt der Nebennieren nach Röntgenbestrahlung, von O. David und A. Hirsch-Halle. (Kl. W., 1923, Nr. 17, S. 790.) An etwa 40 Versuchstieren machten Verff. Prüfungen der Einwirkung der Röntgenbestrahlung auf die Nebennieren. Hierzu ist es notwendig, daß man den Adrenalingehalt der betreffenden Tierart kennt, und daß man auch wirklich die Nebennieren bestrahlt, was man dadurch erreichen kann, daß die betreffende Nebenniere freigelegt wird. Die Verff. fanden, daß bei ihrer Versuchsanordnung eine Beeinflussung des Adrenalingehaltes durch Röntgenbestrahlung erreicht wird, und konnten feststellen, daß mit $^1/_4$ HED eine Funktionserhöhung, mit 1 HED eine Funktionsschwächung erzielt wird. E. Langer-Berlin.

Wahrnehmung an den Ergebnissen der Röntgentherapie bei chronischer Tonsillitis (Observation on the Results of Roentgen Therapy in Chronic Tonsillitis), von J. W. Babcock-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 5, S. 300—301.) Verf. hat an neun Fällen von chronischer Tonsillitis die klinischen, pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Ergebnisse nach Röntgentherapie nachgeprüft und gefunden, daß die Bestrahlung keine wesentliche Wirkung auf den chronischen Entzündungsprozeß ausgeübt hat, auch nicht auf die Krankheitserreger in den Tonsillen. Diese mußten schließlich doch operativ entfernt werden, um Heilung zu erzielen. F. Quasig-Hamburg.

Histophysiologische Untersuchungen über den Einfluß der Bestrahlung mit der Quecksilber-Quarzlampe, von A. Eckstein und W. v. Möllendorf, Univ.-Kindkl. Freiburg i. B. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 72, H. 3, S. 205.) Bei den mit Quecksilber-Quarzlampenlicht bestrahlten Tieren sind schon in den ersten Stunden nach der Bestrahlung erhebliche Farbstoffspeicherungen in der Niere festzustellen. Tiere, die tagelang vor der Bestrahlung mit Trypanblau behandelt wurden, zeigten nach der Bestrahlung eine vermehrte Zellabstoßung gefärbter Zellen in den Harnkanälchen, außerdem eine zarte frische Speicherung in regenerierten Zellen. Die funktionelle Beobachtung der Farbstoffausscheidung im Harn der bestrahlten Tiere ergab einen raschen Konzentrationsanstieg und einen ebensolchen Abfall, gegenüber den Kontrolltieren. In der Niere bestrahlter Tiere waren reichlich Zellneubildungen. Es findet also eine gesteigerte Tätigkeit statt nach der Bestrahlung — Leber, Milz, Nebenniere ohne typischen Befund. Eine spezifische Wirkung der ultravioletten Strahlen ist nicht vorhanden. Auch die Haut erfährt eine Steigerung ihrer Leistung. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über die Wirkung parenteraler Zufuhr von Blut und Organbrei nach Höhensonnen-Bestrahlung auf das Blut unbestrahlter Tiere, von Ernst Tryfus-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1923, Nr. 15, S. 694.) Nach der Höhensonnenbestrahlung werden im Blute Stoffe frei, die eine eosinophile Blutreaktion hervorrufen. Überträgt man das Blut oder Organbrei bestrahlter Meerschweinchen auf nichtbestrahlte, so wird bei letzteren ebenfalls eine eosinophile Reaktion hervorgerufen, während Zufuhr von arteigenem Blut normaler Tiere neben einer neutrophilen Leukozytose eine Verminderung der Eosinophilen veranlaßt. Gewebe, z. B. Muskel, den man einige Zeit der Autolyse überlassen hat, führt bei parenteraler Zufuhr ebenfalls zur Eosinophilie. Wahrscheinlich handelt es sich bei der Bestrahlung um toxisch wirkende Stoffe, Zwischenprodukte des Eiweißzerfalls, die durch den Abbau der roten Blutkörperchen frei werden. E. Langer-Berlin.

Vergleichende Untersuchung über Heilwirkungen der Quarz- und der Heliollampe, von Georg Herrmann, Univ.-Kindkl. Freiburg i. Br. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 72, H. 3, S. 172.) Man erreicht mit beiden Lampen das Ziel. Doch schien bei der Behandlung der entzündlichen Hauterscheinungen, namentlich wenn sie der exsudativen Diathese angehören, entgegen anderer Ansicht die Heliollampe überlegen zu sein. Ebenso bei eitrigen Prozessen war das Heliollicht von günstigem Einfluß. Bei Rachitis hatten beide Lampen Erfolg. Bei der Drüsenbestrahlung schien die Heliollampe besseres zu leisten. Schädigungen wurden bei der Anwendung der Heliollampe nicht beobachtet. Die Rentabilität spricht zugunsten der Heliollampe. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. September 1923 | Nr. 36 | Band 77

Aus der Poliklinik (Priv.-Doz. Dr. Hans Ritter) der Universitäts-Hautklinik
Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg (Vorstand: Prof. Dr. Ed. Arning).

Über die Behandlung der Syphilis mit Bismogenol.

Von

Hans Ritter.

Bei dem außerordentlich starken Interesse, das überall in der Welt
r die Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten bekundet wird,
rfte es nicht unangebracht sein, wenn wir mit unseren Beobachtungen
er eines dieser Präparate an die Öffentlichkeit treten. Wir haben von
rnherein, um ein klares Bild über die Wirkungsweise des Bismogenols
dieses ersten in Deutschland hergestellten Präparates haben wir uns
schließlich bedient — zu bekommen, unsere Pat. nur mit diesem
äparat behandelt, haben also nicht, wie andernorts geschehen ist, mit
lvarsan oder Quecksilber oder Jodkali kombiniert; so nur ist es mög-
h, ein einigermaßen sicheres Urteil über den Wert oder den Unwert
ses neuen Medikamentes zu bekommen. Es war gewiß eine Verant-
rtung, die wir dabei übernommen haben, besonders bei der Behand-
g der primären seronegativen Syphilisfälle, da ja der Wert des Sal-
rsans gerade in diesem Stadium für die Abortivkur zur Genüge bekannt
. Aber um es vorwegzunehmen, dieser Verantwortung, die wir über-
mmen haben, ist das Präparat in vollstem Maße gerecht geworden.
ir haben gerade bei der primären Lues keinen Mißerfolg bis jetzt zu
rzeichnen gehabt.

Im ganzen sind bei uns 43 Fälle rein mit Bismogenol behandelt
rden, und nur über diese will ich berichten. Die Beobachtungsdauer
trägt jetzt 11 Monate. Das Präparat ist sonst auf unserer Abteilung
itaus mehr angewandt worden in Verbindung mit Salvarsan und bei
deren Erkrankungen. Über diese anderen Fälle wird später noch be-
htet werden. Wenn wir die Wirkung irgend eines Medikaments prüfen
llen, so müssen wir in erster Linie nach dem alten ärztlichen Grund-
, dem „nil nocere", verfahren, d. h. wir müssen zunächst prüfen, ob
Medikament nicht irgend welche bedrohlichere schädigende Wir-
gen hat, die, wie es ja bei dem Trepol der Franzosen der Fall war,
ganze Anwendung des Präparates in Frage stellen. In dieser Be-
hung haben wir nun mit dem Bismogenol die besten Erfahrungen
macht. Wir haben nicht in einem einzigen Fall schwerere Schädigungen
haben, ja, wir können sogar sagen, daß wir bis auf den bekannten
mutsaum am Zahnfleisch überhaupt keine unangenehmen Nebenwir-
gen gesehen haben. Die Ungiftigkeit dieser Wismutverbindungen ist

Digitized by Google

sogar überraschend groß. Aus unserer Abteilung hat Prater vor einiger Zeit einen Fall veröffentlicht, wo ein Pat. von einem Arzt versehentlich innerhalb 4 Tagen zweimal anstatt 1 ccm je 10 ccm intraglutäal eingespritzt bekommen hatte. Es traten darauf wohl Schmerzen an den Injektionsstellen auf, die jedoch durchaus erträglich waren. Eine Woche später traten Schmerzen im Mund und Blutungen aus dem Zahnfleisch ein. Ebenso ergab sich bei der Urinuntersuchung, nach Esbach gemessen, $^1/_4$ ‰ Eiweiß, doch keinerlei Formbestandteile. Das allgemeine Befinden war bis auf ein dreitägiges Fieber nicht wesentlich gestört. Die ganzen Erscheinungen gingen im Laufe von 3—4 Wochen restlos vorüber, und der Pat. ist vollkommen genesen. Dieser Fall spricht zur Genüge für die Unschädlichkeit des Bismogenols auf die inneren Organe, auf die Haut (es traten keinerlei Hauterscheinungen auf) und auch auf das Zahnfleisch. Wenn man einen Vergleich ziehen wollte mit dem französischen Präparat Trepol oder auch mit unseren sonst üblichen Quecksilberpräparaten, so würden wir wohl kaum bei einem dieser Präparate eine derartige Harmlosigkeit finden, muß man doch bedenken, daß innerhalb von 4 Tagen zweimal die zehnfache Maximaldosis appliziert worden ist.

Bei unseren 43 Pat. wurde die Kur von allen sehr gut vertragen. Wir haben das Präparat zunächst zweimal wöchentlich gegeben, im ganzen 16 ccm der von der Fabrik bezogenen öligen Suspensionen. Später sind wir dazu übergegangen, das Präparat in Abständen von 2 Tagen zu geben, dafür nach 5 Injektionen eine Pause von 8 Tagen einzulegen. Diese Pause haben wir auf Fflkes Vorschlag gemacht, der bei ununterbrochener Gabe doch geringe Nierenschädigungen gesehen hat. Es besteht also jetzt unsere Kur in 15 Einspritzungen von 1 ccm öliger Bismogenolsuspension, nach je 5 Injektionen tritt eine Pause von 8—10 Tagen ein.

Nephritiden haben wir nicht beobachtet, auch kein Auftreten von Formelementen im Urin. Den bekannten bläulichen Wismutsaum haben wir in letzter Zeit verschiedentlich beobachtet, der jedoch auf Pinselungen des Zahnfleisches mit Trypaflavin, Chromsäure und Jodtinktur sehr bald zurückging. Die Erscheinungen der primären und sekundären Syphilis verschwanden in der Regel nach 2—4 Injektionen. Manchmal ging es etwas schneller, in manchen Fällen dauerte das Zurückgehen der Erscheinungen etwas länger. Bei 3 Fällen von Lues III gingen die Gummata sehr prompt zurück, nur in einem Falle reagierten die Gummen gar nicht, so daß wir in diesem Falle die sonst üblichen Behandlungen angewandt haben.

Die Resultate im einzelnen waren folgende:

1. Lues I, seronegativ, behandelt 6 Fälle.

Resultat: bisher kein Versager, Primäraffekte prompt abgeheilt. WR negativ geblieben. Längste Beobachtung 11 Monate. In allen Fällen ist nur eine Kur angewandt worden.

2. Lues II, behandelt 12 Fälle.

Resultat: in allen Fällen sind die Erscheinungen prompt abgeheilt, in 9 Fällen war die WR nach der Kur negativ, in 3 Fällen blieb sie positiv unmittelbar nach der Kur, 2 dieser 3 Fälle wurden erst 4 Wochen später negativ. Das scheint uns überhaupt bemerkenswert in der Bismogenolbehandlung der Syphilis zu sein, daß die WR unmittelbar nach der Kur öfters noch positiven Ausschlag zeigt und bei weiterer Beobachtung nach 4—6—8 Wochen negativ wird. Diese Beobachtung, die wir hier an 2 Fällen in Lues II gemacht haben, werden noch bestätigt an weiteren Fällen von Lues latens

Digitized by Google

mit positiver WR. Alle diese an Lues II leidenden Patienten werden selbstverständlich weiterbehandelt und befinden sich jetzt zum Teil in der zweiten, zum Teil in der dritten Kur. Rezidive sind nirgend aufgetreten. Auch ist in keinem Fall eine positive Schwankung der WR festgestellt worden. Nur der eine Fall, bei dem die WR positiv geblieben ist, hat sich auch nach der zweiten Kur nicht verändert.

3. Lues III, behandelt 4 Fälle.

Resultat: in 3 Fällen sind die Gummata abgeheilt. Ein Fall war absolut refraktär. In allen Fällen war die WR vor und nach der Kur positiv und ist bis jetzt nicht negativ geworden. Dieses Resultat kann die sonstige günstige Beurteilung der Wirkungsweise des Bismogenols nicht beeinträchtigen, wenn wir uns daran erinnern, daß ja auch bei der Behandlung mit den anderen antiluetischen Mitteln die Seroreaktion bei Spätfällen häufig nicht umgestimmt werden kann.

4. Lues latens mit negativer WR, behandelt 4 Fälle.

Resultat: in allen 4 Fällen ist keinerlei Erscheinung aufgetreten, WR ist nach der Kur negativ geblieben.

5. Lues latens mit positiver WR, behandelt 18 Fälle.

Alle diese 18 Fälle sind mit Hg und Salvarsan zum Teil jahrelang vorbehandelt worden.

Der Übersicht wegen haben wir diese Fälle in einer Tabelle zusammengefaßt:

Infektionsjahr	Fälle	Bisherige Kuren	WR vor Bi-Kur	WR nach einer Bi-Kur	nach 4—8 Wochen
16.	1	3	++	—	—
9.	1	6	+++	—	—
8.	3	7	+++	+++	+++
		3	+++	++	+
		2	+++	+++	+++
7.	2	2	+++	—	—
		1	+++	—	—
6.	3	4	+++	+	—
		3	+++	++	+
		2	+++	+++	+
4.	2	5	++	—	—
		3	+++	+++	
3.	2	3	+++	—	—
		1	+++	+++	
2.	2	3	+++	+++	+
		1	+++	—	
1.	2	1	+++	—	
		1	+++	—	—

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Beurteilung dieser Fälle ist das Verhalten der WR vor und nach der Behandlung mit Bismogenol. Schon ein oberflächlicher Blick auf die Tabelle ergibt eine auffallende Beeinflussung der WR durch diese Behandlungsweise. Die zahlreichen Kreuze in der drittletzten Rubrik sind einer großen Anzahl von Minuszeichen gewichen, und wenn wir die beiden letzten Rubriken betrachten, so haben wir wiederum, wie bei der Lues II, die aufallende Erscheinung, daß die WR unmittelbar nach der Kur verschiedentlich noch Plusausschläge zeigte, hingegen vor Beginn der nächsten Kur, also etwa 8 Wochen später, negative Resultate. Wir können hieraus erkennen, daß das Bismogenol scheinbar einen langsameren, aber um so intensiveren Erfolg be-

Digitized by Google

züglich der Umstimmung der positiven WR hat. Unsere Fälle dieser Kategorie sind im einzelnen noch besonders bemerkenswert. Fall 1 zeigt uns eine Lues latens mit positiver WR im 16. Infektionsjahr, ist mit drei Kuren behandelt und hat nach einer Wismutkur bis zur zweiten Beobachtung dauernd negative WR. Dieser auffallende Erfolg steht nicht vereinzelt da, wenn wir die Fälle des 9., des 7., des 6., des 4. und aller übrigen Infektionsjahre betrachten. Die 3 Fälle des 8. Infektionsjahres können dem Ansehen des Bismogenols bezüglich seiner Wirkungsweise auf die Umstimmung auf die WR keinen Abbruch tun, da wir zweifellos bei der sonstigen Behandlungsweise sicher nicht bessere Resultate erhalten hätten. Mit Salvarsan, Quecksilber und Jod können wir auch alte Fälle zweifellos umstimmen, aber wir erleben bei dieser Behandlungsweise ebensoviel Mißerfolg wie Erfolg.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir mit der Behandlungsweise mit Bismogenol außerordentlich zufrieden sind, daß wir seine Anwendung wärmstens empfehlen möchten. Ohne in den Enthusiasmus verfallen zu wollen, der uns bei der Einführung des Salvarsans in die Therapie ergriffen hat, halten wir auf Grund unserer Erfahrungen das Bismogenol für ein Präparat, das zweifellos in der Bekämpfung der Syphilis einen Fortschritt bedeutet. Es zeichnet sich aus durch geringste Giftigkeit bei guter Wirkung. Auf jeden Fall sollte es überall dort angewandt werden, wo Salvarsan oder Quecksilber nicht ertragen wird.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Hospitals in Budapest (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. Josef Guszman).

Versuche mit intravenösen Traubenzucker-Injektionen in der Syphilistherapie.

Von

Dr. Eugen Rubin.

Dem Gedanken, ödematösen Geweben ihr Ödem zu entziehen, d. h. von dem ödemreichen Gewebe aus Strömungen nach der Blutbahn hervorzurufen, können wir in der Literatur häufig begegnen. Max Bürger, Erich Hagemann[1]), Stejskal[2]) und andere meinten, diese Strömung dadurch hervorzurufen, daß sie solche Mittel in Gefäßsystem injizierten, wodurch der osmotische Druck des Blutes gesteigert wurde. Die Molekülengrößen dieser Stoffe sind so beschaffen, daß sie schwer durch das Endothel der Kapillargefäße dringen können und auf diese Weise eine Strömung der Gewebssäfte gegen die Blutbahn anregen. Ein solcher Stoff ist beispielsweise die Traubenzuckerlösung. Diese Untersuchungen erregten besonders unser Interesse seit Stejskal in einem Vortrage die

[1]) Max Bürger, Erich Hagemann: Über Osmotherapie. D. m. W., 1921, Nr. 8. — [2]) Stejskal: Über intravenöse Therapie und die Wirkung intravenös verabreichter hypertonischer Lösungen. W. kl. W., 1921, Nr. 4, 6, 13, 17, 18.

Digitized by Google

Heilwirkung der Traubenzuckerlösung auch auf dem Gebiete der Syphilistherapie hervorhob und deren Anwendung auf diese Weise empfahl, daß man Neosalvarsan in Traubenzuckerlösung in die Blutbahn einführe. Nach den Injektionen erfolgt in der ersten Phase des Prozesses von den Geweben aus die Strömung in der Richtung der Blutbahn, in der darauffolgenden zweiten Phase werden hingegen die im Gefäßsystem kreisenden Stoffe in erhöhtem Grade den Geweben abgegeben. Die ersten diesbezüglichen Untersuchungen wurden im Sinne von Stejskals Intentionen in Verbindung mit der Syphilistherapie von Prantner [1]) vorgenommen. Er stellte die Gefahrlosigkeit der Injektion fest und beobachtete besonders in Fällen von Nervenlues günstige Wirkungen. Auch er erklärt das Ergebnis durch die Auflösung des zwischen dem Blutkreislauf und dem Gewebsaft bestehenden Gleichgewichts. Stejskal hat in einem seiner diesbezüglichen Mitteiluugen eben seine Auffassung betreffs der Wirkung der Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung modifiziert. Bei Überprüfung der günstigen Wirkungen läßt er die durch den osmotischen Druck erzielbare Wirkung fallen und schließt sich eher der Voraussetzungen Freunds und Gottliebs [2]) an, demgemäß „in allen Zuständen, in denen ein erhöhter Zellverfall — lokal oder allgemein — stattfindet, oder auch nur ein lebhafter Abbau von Zellen bei gesteigertem Stoffwechsel, muß daher mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß wirksame Substanzen im Blute zirkulieren, welche die Reaktionsfähigkeit des Organismus verändern".

Teils im Sinne der Osmosistheorie Stejskals, teils der Traubenzuckerlösung gewisse Protoplasmaaktivierungsfähigkeit beimessend, injizierte Steinberg [3]) (Klinik Scholtz Königsberg) ein Gemisch von Traubenzuckerlösung und Neosalvarsan in das Gefäßsystem und untersuchte dessen spirilloziden Einfluß an syphilitischen Läsionen. In seinen Mitteilungen berichtet er über ausgezeichnete Erfolge, so daß wir es für angezeigt hielten, das anempfohlene Behandlungsverfahren zu versuchen und die erreichten Erfolge mit den Heilserfolgen unserer nach anderen Methoden behandelten Kranken zu vergleichen. Steinbergs Versuche bezogen sich hauptsächlich auf Spirochätenuntersuchung des nach der intravenösen Injektion der Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung den Läsionen entnommenen Reizserums. Die spirillozide Eigenschaft dieser Lösung meinte er daraus feststellen zu können, daß nach der Einspritzung der Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung die Spirochäten in dem den Läsionen entnommenen Reizserum viel kürzere Zeit nachweisbar waren, als wenn er rein Neosalversan oder nach Linser eine Neosalvarsan-Quecksilbermischung in die Blutbahn injizierte. Dieses Ergebnis würde höchst aussichtsvoll sein, wenn die uns zur Verfügung stehenden Versuchsverfahren dies in aller Richtung bekräftigen würden. Aus anderen Gründen vollzogene derartige Untersuchungen bestärkten uns jedoch in der Annahme, daß der innerhalb einiger Stunden gewonnene positive oder negative

---

[1]) Prantner: Über eine kombinierte Behandlungsmethode mit Zucker und Salvarsan. W. kl. W., 1921, Nr. 16. — [2]) Freund und Gottlieb, M. m. W., 1921, Nr. 6. — [3]) Steinberg: Über die Erhöhung der spirilloziden Wirkung des Salvarsans in Verbindung mit Traubenzucker. D. m. W., 1921, Nr. 50.

Digitized by Google

Spirochätenbefund an sich die spirillozide Wirkung des Mittels noch nicht entscheidet. Wir konnten auch schon bisher erfahren, daß die Spirochäten des Reizserums verschiedener syphilitischer Läsionen ein und desselben Individuums augenscheinlich von verschiedener Lebensdauer sind. Ihre Bewegungen sind verschieden, je nachdem die Dunkelfeldlampe das Präparat längere Zeit hindurch mit großer Intensität oder bloß mittelstark beleuchtet. Sie bewegen sich viel lebhafter bei Zimmertemperatur als am kühlen Orte. Den Sonnenstrahlen oder einem starken Lichte ausgesetzt, gehen sie rascher zu Grunde als z. B. in geschlossenem Präparatkästchen. Das sind unsere Beobachtungen, falls den Untersuchungen eine intravenöse Injektion eines Antisyphilitikums vorangegangen war. Unsere Erfahrung zeigt aber auch, daß die Spirochäten in dem ohne jedwede spezifische Behandlung den spontan heilenden Läsionen entnommenen Sekrete labiler sind als in dem den frischen Effloreszenzen entnommenen Reizserum. Auch haben wir im Verlaufe der mittels Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung durchgeführten Versuche wahrgenommen, daß in einigen Fällen 12—14 Stunden nach der Injektion keine Spirochäten mehr im Reizserum zu finden waren, hingegen wurden nach 36 Stunden diese in dem den verschiedenen Läsionen derselben Person entnommenen Reizserum bereits wieder nachweisbar. Wenn wir diese Tatsachen vor Augen halten, können wir die Spirillozidität eines Mittels kaum der Zeit nach sicher feststellen, auch dann nicht, wenn wir die syphilitischen Läsionen noch so sorgfältig beobachten. Jedenfalls kann man jedoch auf das günstige antisyphilitische Wesen des Mittels folgern. Dabei werden wir insofern auf Schwierigkeiten stoßen, hauptsächlich so lange wir die Biologie der Spirochäten nicht genauer kennen und unsere Untersuchungsmethoden unvollkommen bleiben.

Kurz zusammengefaßt fand Steinberg, daß nach der intravenösen Einspritzung der Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung die Spirochäten an den syphilitischen Läsionen auffallend rasch verschwinden. Daß die Traubenzuckerlösung in dem Gemisch von großer Wichtigkeit ist, folgerte Steinberg daraus, daß die Wirksamkeit der Lösung nicht im Verhältnis zur Steigerung der Salvarsanmenge wächst. Er fand nach der Injektion weder Polyurie noch Glykosurie. Die Lösung besitzt keine Giftwirkung, ja es scheint, als ob der Traubenzucker das Salvarsan fast entgifte. Die Herxheimer-Reaktion beobachtete er ungefähr in einem Drittel der Fälle.

Um den Vergleich auf einheitlichem Grunde anstellen zu können, nahmen wir als Versuchsmaterial gegen Lues vorher unbehandelte kranke Frauen im Alter von 20—30 Jahren, die sich im Anfangsstadium der sekundären Syphilis befanden. Der Verlauf der Untersuchung gestaltete sich in folgender Weise: Nach Aufnahme der Kranken nahmen wir die Untersuchung des Urins, der Spirochäten und die Wassermann-Probe vor. Die Untersuchung auf Spirochäten erfolgte in jedem einzelnen Falle nach energischer 1—2maliger Abreibung der syphilitischen Läsion in dem hervorquellenden Reizserum. Falls die Untersuchung des Urins auf Eiweiß negativ, der Spirochäten- und Wassermannbefund hingegen positiv war, injizierten wir in 20 cm^3 50%iger Traubenzuckerlösung aufgelöstes 0,15 oder 0,30 Neosalvarsan in die Vene. Da wir beobachten konnten,

Digitized by Google

daß das Neosalvarsan in Traubenzuckerlösung besonders bei größerer Konzentration sich schwer löst und daß sich dabei unzählige winzige Luftbläschen bilden, deren Entfernung aus der Spritze eine geraume Zeit dauert, lösten wir das Neosalvarsan zuerst in minimal destilliertem Wasser und saugten dann die Traubenzuckerlösung dazu auf.

Nach der Injektion nahmen wir alle 3—4 Stunden eine Untersuchung auf Spirochäten vor, solange bis sich in dem den verschiedenen Läsionen entnommenen Reizserum (Primäraffekt, erodierte Papeln, Condylomata lata, Mundwinkelpapeln, Plaques) keine Spirochäten finden ließen. Doch haben wir die Untersuchung des Sekrets 1—3 Tage darauf von neuem wiederholt. In den der Injektion folgenden 24 Stunden sammelten und untersuchten wir den Urin, ob keine gesteigerte Diurese, Glykosurie oder aber Albumen vorhanden sind. Mit Rücksicht auf unser weibliches Krankenmaterial wiederholten wir die Injektion nur jeden 5.—7. Tag. Von der 2. Injektion an enthielt jede Injektion 0,30 Neosalvarsan versetzt mit 20 ccm 50%iger Traubenzuckerlösung. Wir gaben durchschnittlich 10 Injektionen. Jede 8—10 Tage nahmen wir die WR vor.

Diesbezüglich können wir über folgende Ergebnisse berichten: Bei der nach der Injektion 3—4 stündlich vollführten Untersuchung fanden wir 14—20 Stunden lang Spirochäten in dem Reizserum. In einigen Fällen gelang es uns nach Ablauf von 1—3 Tagen, als wir eine neuere Spirochätenuntersuchung vollführt hatten, in dem denselben Läsionen entnommenen Serum Spirochäten aufzuweisen. Gesteigerte Diurese oder Glykosurie konnten wir in keinem einzigen Falle beobachten, Eiweiß fanden wir bloß im Urin einer Kranken, jedoch in so geringer Menge, daß die Behandlung in ungestörter Weise beendet werden konnte. Eine Herxheimer-Reaktion gewahrten wir in 25% der Fälle. Die der Neosalvarsaninjektion manchmal folgenden unerwünschten Symptome (hohes Fieber, Schwindelanfall, Erbrechen, Kopfschmerzen) gewahrten wir in keinem einzigen Falle, desgleichen auch keine angioneurotischen Erscheinungen. Die klinischen Erscheinungen begannen bereits nach der ersten Injektion zurückzugehen, nach 3—4 Injektionen nahmen sie in rapider Weise ab und bloß in einem Falle trotzten sie bis zur 8. Injektion. Die WR schlug in 80% der Fälle nach 9—10 Injektionen, also nach Dosierung von beiläufig $2\frac{1}{2}$—3 g Neosalvarsan ins negative um.

Da an unserer Abteilung andere Kranken hingegen nach einer anderen Art antisyphilitisch behandelt wurden, benutzten wir diese Gelegenheit dazu, die Ergebnisse der verschiedenen Behandlungen miteinander zu vergleichen. Solche Behandlungstypen waren: die bloß mit Neosalvarsan, die nach Linser mit Neosalvarsan-Sublimatmischung, sowie die kombiniert mit Neosalvarsan (intravenös) und Quecksilbersalizyl (intragluteal) behandelten Krankengruppen. Wir nahmen die Vergleichungen auf Grund mikroskopischer (Dunkelfeld), klinischer und serologischer Untersuchungen vor.

Wir fanden bei den mittels Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung behandelten Fällen, daß die Spirochäten in überwiegender Mehrzahl der Fälle 14—18 Stunden nach der Injektion in dem den Läsionen entnommenen Reizserum nicht mehr aufzuweisen waren, jedoch über die ersten 24 Stunden hinaus gelang es am ersten, zweiten, ja sogar am

Digitized by Google

dritten Tage in den stark nässenden Papeln entnommenen Serum neuerdings Spirochäten nachzuweisen, während sich bei den mittels Neosalvarsan und nach Linser behandelten Kranken zwar 20—24 Stunden lang Spirochäten vorfanden, doch konnten wir an den der Injektionen folgenden Tagen bis zur nächsten Injektion, d. h. dauernd keine Spirochäten an den Läsionen nachweisen. Daraus ließe sich die Folgerung ziehen, daß die spirillozide Wirkung der Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung an den Läsionen rascher auftritt, jedoch nicht so lange währt oder nicht so allgemein ist, wie die der etwas größeren Salvarsandosis.

Was unsere klinischen Beobachtungen betrifft, so konnten wir weder bei den mittels reinen Salvarsans, noch der Linserschen oder aber Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung behandelten Kranken keine wesentlichen Unterschiede wahrnehmen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die klinischen Symptome bei all den Fällen, wo die Therapie mit Neosalvarsan begonnen wird, sei es allein oder mittels Mischspritzen, auffallend rasch zurückgehen. Dies konnten wir besonders in solchen Fällen beobachten, wo wir wegen anderer Untersuchungen die antisyphilitische Behandlung in der Weise vollzogen, daß die Kranken vorher 12 Hg Salizylinjektionen erhielten und erst hernach die Neosalvarsandosen. In diesen Fällen bestanden die Kondylomen oder Plaques mehrmals bis zu der 10.—12. Quecksilberinjektion, während sie sich auf die erste Neosalvarsaninjektion rasch überhäuteten. Hier muß ich auch jene persönliche Erfahrung erwähnen, daß ich verhältnismäßig in mehreren Fällen bei mittels Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung behandelten Kranken Herxheimer-Reaktionen sah, als bei nach anderen Typen Behandelten. Hingegen traten die den Salvarsaninjektionen machmal folgenden unangenehmen Erscheinungen (Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Frösteln) sowie angioneurotische Symptome, die besonders bei den nach Linser Behandelten häufig vorkamen und mehrmals bis zu einem ernsten Grade sich steigerten, bei den mittels Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung Behandelten überhaupt nicht auf, trotzdem in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle 0,30 Neosalvarsan als Anfangsdosierung in 20 ccm 50 %iger Traubenzuckerlösung aufgelöst war und sämtliche Kranken an bisher unbehandelter florider, sekundärer Syphilis litten. Diese auffallende Giftlosigkeit der Lösung bildet nach unseren bisherigen Beobachtungen eine ihrer hervorragendsten Eigenschaften. Diese Erscheinung bewog uns, auch Versuche über die Mischung des Quecksilbers mit Traubenzuckerlösung anzustellen, wobei die Lösung ebenfalls intravenös einverleibt wurde. Unsere diesbezüglichen Untersuchungen sind im Zuge, im Falle eines günstigen Erfolges wollen wir darüber berichten.

Bei unserer Vergleichung verdient das serologische Ergebnis eine besondere Beachtung, obwohl wir diesem keinen entscheidenden Charakter beimessen können. Bei den ausschließlich mittels Neosalvarsan behandelten Patienten, die 3,5—4 g Neosalvarsan in der Form von 8—9 Injektionen bekamen, gelang es uns bei 100 % am Ende der Kur eine negative WR zu erreichen. Bei der nach der Linserschen Methode Behandelten, wo die Kranken ebenfalls 3,5—4 g Neosalwarsan bekamen, war die WR bloß bei 34,5 % negativ. Bei den mittels Neosalvarsen vorbehandelten Fällen, wo der Quecksilberbehandlung die Dosierung von

Digitized by Google

2,5—3 g Neosalvarsan in der Form von 6 Injektionen voranging, zeigte sich die WR am Ende der Behandlung bei 65 % der Fälle negativ. Bei Anwendung der am allgemeinsten verbreiteten kombinierten Heilmethode, bei welcher 2 Hg-Salizylinjektionen eine Neosalvarsaninjektion folgt, wo die Patientinnen 12 Hg-Salizylinjektionen und $2\frac{1}{2}$—3 g Neosalvarsan in 6 Injektionen bekamen, war die WR bei 53 % negativ. Endlich konnten wir nach der Behandlung mittels Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung, wo die Summe der Injektionen ebenfalls $2\frac{1}{2}$—3 g Neosalvarsan enthielt, 80 % der Kranken mit negativer WR entlassen.

Die bei der Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung-Therapie beobachteten serologischen Ergebnisse, sowie der Umstand, daß den Injektionen niemals auch nicht der geringste üble Zustand folgte, sind solche Vorzüge des Behandlungsverfahrens, welche die damit vorzunehmenden weiteren Versuche als motiviert erscheinen lassen. Obwohl darüber kein Zweifel besteht, daß die Einführung einer neueren Behandlungsweise schon aus dem Grunde auf große Schwierigkeiten stößt und dem alten bewährten kombinierten Behandlungsverfahren gegenüber im Nachteil ist, da das Gros der Kranken nach Vollendung der ersten Kur bloß sporadisch zur klinischen und serologischen Kontrolle erscheint. Daraus aber, daß die WR nach der ersten Kur negativ ist und die klinisch warnehmbaren Erscheinungen verschwanden, läßt sich keine endgültige Folgerung ziehen. Doch auch das bildet ein sehr großes Hindernis bei einer solchen, rein mit Salvarsan erfolgten Behandlung — indem wir die Behandlung mittels Neosalvarsan-Traubenzuckerlösung als eine solche ansehen müssen — daß die Salvarsanpräparate selbst in unseren Tagen, oft nicht ohne Grund, Angriffen ausgesetzt werden. Auch sei es nach der Meinung sehr vieler zu bedenken, ob daß seit Jahrhunderten bewährte Quecksilber als Heilsfaktor außer acht und Anwendung gelassen werden könnte. Demgegenüber muß hervorgehoben werden, daß Fritz Lesser auch heute noch mit großer Entschiedenheit auf seinem Standpunkt beharrt, laut welchem das Quecksilber die Spirochäten nicht tötet, sondern bloß die syphilitischen Gewebsveränderungen beseitigt. Nachdem aber diese Gewebsveränderungen als die Abwehrvorgänge des Organismus aufzufassen sind, so verhindern preventive Quecksilberkuren eigentlich die natürliche Ausheilung der Syphilis dadurch, daß sie die Entwicklung der Abwehrreaktion verhindern, da diese Abwehrreaktion des Organismus in innigstem Zusammenhange mit der Ausbildung der Gewebsimmunität ist.

Einzig im Salvarsan sieht er jenes hervorragende Medikament, welches frühzeitig angewendet, eine sichere Heilung ermöglicht.

---

[1]) Fritz Lesser: Die Selbstheilung der Syphilis. B. kl. W., Nr. 24.

Digitized by Google

Zur Kenntnis chronisch-pyämischer Zustände bei chronischer Bindegewebsentzündung des männlichen Beckens.

Von

Dr. Fritz Reif in Stuttgart.

Ich konnte bei einem an Tripper erkrankten Patienten einen weiteren Fall von Beckenphlegmone mit chronischem Verlauf beobachten, der mit einem der früher aus der Hammerschen Abteilung veröffentlichten Fälle große Ähnlichkeit aufweist. Auf die akut verlaufenden Fälle dieser Art ist schon von chirurgischer und urologischer Seite hingewiesen worden. Dagegen ist die chronische Form dieser Erkrankung wenig bekannt und wird wohl nicht selten mit einer Verlegenheitsdiagnose wie „kryptogenetische Sepsis" erledigt. Bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit wird sich die Zahl der Beobachtungen auf diesem Grenzgebiet unschwer vermehren lassen.

Da der Patient während seiner Erkrankung den Aufenthaltsort und öfter den Arzt wechselte, ließ sich die Vorgeschichte nicht lückenlos erheben. Der bisher gesunde und kräftige 28jährige Techniker B. steckte sich im September 1922 mit Tripper an und wurde sofort in der üblichen Weise örtlich behandelt. Im November wurde eine Prostatitis festgestellt; zu dieser Zeit begannen die Leistendrüsen der linken Seite anzuschwellen. Da sie ihn beim Gehen hinderten und schmerzten, wurden ihm im Krankenhaus einige Drüsen entfernt. Vier Wochen später traten heftige Schmerzen im linken Kniegelenk auf, am nächsten Tage wurde auch das linke Ellenbogengelenk befallen, später das rechte, und es trat eine völlige Steifigkeit des Nackens ein, ohne Schwellung bei leichtem Fieber. Da der Kranke dem Arzt seine Trippererkrankung verschwieg, wurde er nur mit Salizylpräparaten behandelt, wonach im Januar 1923 die Erscheinungen allmählich schwanden. In der darauffolgenden Zeit wurde der Tripper, der sich bisher nicht gebessert hatte, mit Einspritzungen, Guyoninstillationen und Prostatamassage behandelt. Der Ausfluß und die Trübung des Urins nahmen ab, doch bestand dauernd mäßiges Fieber unklaren Ursprungs und in der linken Leiste begannen wieder Drüsen anzuschwellen. Der Kranke wurde deshalb Anfang März 1923 auf eine innere Abteilung eingewiesen. Dort wurde an den inneren Organen kein krankhafter Befund erhoben, und die Drüsenerkrankung mit Thermophor, Lichtbogen und Arthigoninjektionen behandelt, jedoch kein Fortschritt erzielt. Stehen und Gehen war wegen ziehender Schmerzen in der linken Leistengegend fast unmöglich, und es bestand dauernd leicht remittierendes Fieber bis abends 38,4. Ende März wurde er zur Exstirpation der Drüsen auf die chirurgische Abteilung verlegt. Hier wurden bei dem Patienten, der sich in noch befriedigendem Allgemeinzustand befand, in der linken Leiste zwei bohnengroße derbe Drüsen festgestellt; im Prostataexprimat fanden sich Eiterzellen, keine Gonokokken. Am 6. April wurde eine vollkommen vereiterte und eine einschmelzende Leistendrüse entfernt. Im Sekret wurden Diplokokken nachgewiesen, die nach Aussehen und Verhalten bei Gramfärbung als Gonokokken angesehen wurden; das histologische Bild zeigte uncharakteristische chronisch-entzündliche Veränderung. Die Wundheilung war zögernd, das Fieber ließ nicht nach. Anfang Mai wurde bei dem jetzt deutlich abgemagerten und blaß aussehenden Patienten zum ersten Male oberhalb des linken Leistenbandes in der Tiefe ein Tumor festgestellt, der wurstförmig von der Symphyse bis fast zur Spina il. sup. reichte und druckschmerzhaft war. Bei rektaler Untersuchung fühlte man eine derbe und vergrößerte Prostata, die nach links oben in einen harten druckschmerzhaften Tumor überging. Dieser reichte bis zur seitlichen Beckenwand und hing offenbar mit der von außen fühlbaren Geschwulst zusammen. Die Kreuzbeinhöhlung war frei. Die Expression der Prostata ergab nur wenige Tropfen Eiterzellen enthaltenden Sekretes. Die kulturelle Untersuchung des Blutes ergab kein Ergebnis, Leukozytenzahl im Blut 6100, die WR war negativ; Ponndorf schwach positiv. Urin frei von Eiweiß und Zucker, Sediment o. B. Auf 2 ccm 2%ige Kollargollösung intravenös trat Schüttelfrost und Fieber bis 39,5 und wiederholtes Erbrechen auf; tags darauf fanden sich massenhaft gekörnte Zylinder im Urin. Am 18. Mai verließ der Patient das Krankenhaus, da die Kassenzeit abgelaufen war. Als ich den Kranken 8 Tage später wiedersah, konnte ich

Digitized by Google

im Allgemeinzustand und im örtlichen Befund eine Besserung feststellen. Die Temperatur war nach der Kollargolinjektion auf einen niederen Stand heruntergegangen und ging abends nicht mehr über 37,8. Nach stärkster Wärmeanwendung — der Kranke hatte Tag und Nacht einen Thermophor auf sich liegen und in der Haut hatte sich infolgedessen ein ungewöhnlich starkes, grobmaschiges, schwarzbraunes Pigmentnetz gebildet — hatten die Schmerzen erheblich nachgelassen und der Tumor am Hüftbein war etwas zurückgegangen. Dagegen waren die Weichteile des Oberschenkels in der Subinguinalgegend deutlich verdickt und spannten beim Gehen. Das Hüftgelenk war frei. Der klare Urin enthielt noch spärliche hyaline Zylinder. Anfang Juni bildete sich unterhalb der linken Spina ant. sup. unter geröteter Haut ein Abszeß. Wegen des Temperaturanstieges und der äußerst heftigen Schmerzen wurden durch Punktion 20 ccm dünnen bräunlichen Eiters entleert, der sich bei Kultur steril erwies. Nach einigen starken Fieberreaktionen hervorrufenden Novoprotininjektionen wurde der Patient vollkommen fieberfrei, und unter fortgesetzter Wärmebehandlung begann das noch verhärtete Gewebe der Umgebung einzuschmelzen und der Abszeß selbst sich durch Resorption zu verkleinern. Zwei weitere kleinere Infiltrate, die sich am Schamberg und linken Oberschenkel gebildet hatten, kamen ohne Eiterung zur Resorption.

Die Hartnäckigkeit, mit der sich in diesem Fall die gonorrhoische Infektion auf dem Lymphwege ausbreitete, ist sehr ungewöhnlich. Außerdem hat wohl auch eine Verbreitung auf dem Blutweg stattgefunden, denn die erwähnte Gelenkerkrankung ist wohl mit größter Wahrscheinlichkeit als gonorrhoisch anzusehen. Auch die Ausbreitung im Beckenbindegewebe dürfte wohl auf dem Lymphweg erfolgt sein, begünstigt durch die operativen Eingriffe an den Drüsen, vielleicht als Lymphangitis prostato-iliaca, auf die Cronquist hingewiesen hat. Ein genauer Befund an den Samenbläschen war wegen der diffusen Schwellung nicht zu erheben. Die mit Beteiligung der Knochenhaut einhergehende Bildung mächtiger entzündlicher Tumoren, die aber wieder restlos verschwinden können, entsprach dem früher Beobachteten. Es ist vielleicht kein Zufall, daß sich in beiden Fällen der phlegmonöse Prozeß im Becken im Anschluß an Prostatamassage entwickelte; man kann sich leicht vorstellen, daß der Reiz dieser sonst so erfolgreichen Behandlung unter Umständen die Infektion erst recht ins Gewebe vorwärts treiben kann. Wird doch auch von gynäkologischer Seite darauf hingewiesen, daß sich die Parametritis, abgesehen vom Wochenbett, am häufigsten nach operativen Eingriffen entwickelt. Von den schweren Formen der Parametritis wird als charakteristisch hervorgehoben, daß sich das „Exsudat" bis auf die angrenzenden seitlichen Teile der Beckenwand fortsetzen, die Weichteile durchdringen und durch die Lücken der knöchernen Wandung bis in die Muskulatur der Schenkel kriechen kann, ferner daß der Prozeß subakut beginnen und hyperchronisch verlaufen kann. Diese Kennzeichen treffen auch für die ungleich seltenere analoge Paraprostatitis phlegmonosa zu. Selbst die Bildung von Tumoren, „die scheinbar wie eine knöcherne Neubildung an den seitlichen Beckenwandungen in das kleine Becken hinabdrängen" (Martin), wird bei chronischem Verlauf erwähnt. Zu einer aktiven chirurgischen Behandlung, wie sie von gynäkologischer Seite bei derartigen Erkrankungen vielfach empfohlen wird, konnten wir uns jedoch nicht entschließen. Ob in diesem Fall außer den Gonokokken noch andere Erreger beteiligt waren, möchte ich unentschieden lassen, obgleich der schleichende Verlauf und die verhältnismäßig geringe Allgemeinreaktion für Gonorrhoe sprechen. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß gonorrhoische Erkrankungen des Bindegewebes sehr selten sind und daß gonorrhoische Abszesse im Parametrium fast nur im Wochenbett vorkommen.

Was die Prognose dieser Fälle betrifft, so konnten wir uns kürzlich überzeugen, daß der früher beschriebene Fall von Beckenphlegmone mit Staphylokokkensepsis trotz Endokarditis und schon eingetretener kardialer Stauung nach jahrelangem Siechtum wider alles Erwarten nahezu zur Ausheilung gekommen ist. Die Tumoren sind meist ohne Einschmelzung restlos verschwunden. Auf die auffallende Neigung von Staphylokokkenherden zur Involution ohne Abszedierung hat Biland in einem Fall von Staphylohämie hingewiesen. Bei unserem jungen und sonst gesunden Patienten und dem im ganzen rascheren Ablauf der Erkrankung scheint ein günstiger Ausgang wahrscheinlich.

Literatur.

Biland, Über einen Fall von Staphylohämie. Korr.-Bl. Schweiz., 1905, Bd. 12. — Casper, Prostataabszeß, phlegmonöse Periprostatitis und Phlebitis paraprostatica. B. kl. W., 1895, Bd. 21. — Cronquist, Über Lymphangitis prostatoiliaca. Arch. f. Derm., 1921,

Digitized by Google

Bd. 134. — Goebell, Die Erkrankungen der Prostata. D. Klin., 1904, Bd. 10, Abt. 1. — Jullien, Seltene und weniger bekannte Tripperformen. Hölder, Wien 1907. — Krönig-Pankow, Lehrbuch der Gynäkologie, 1915. — A. Martin, Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Handb. d. Krkh. d. weibl. Adnexorgane, Bd. 3. — Pickhr, Ein Fall von geheilter kryptogenetischer Sepsis. M. Kl. 1911, Bd. 48. — Reif, Chronische Infektion des kleinen Beckens. M. m. W., 1923, Bd. 13. — Schlange, Chirurgie der Prostata. Handb. d. prakt. Chir., 1922. — Vogel, Die eitrigen Erkrankungen der Prostata. B. kl. W. 1908, Bd. 4.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

April 1923, Bd. 27, Nr. 4.

Epitheliom der Augenlider (Epithelioma of the Eyelids), von G. D. Culver-San Francisco, Kalif.). Die Konjunktiva zeigt sich gegen von der Haut oder dem Rand des Augenlides ausgehende Epitheliome resistent, ebenso auch gegen die schädigenden Strahlenwirkungen. Die kosmetischen und funktionellen Resultate mit Röntgen oder Radium sind vorzüglich.

Bericht über zwei Fälle von Malignität bei Xeroderma pigmentosum und ihre Besserung auf Radium (A Report of Two Cases of Malignancy in Xeroderma Pigmentosum and their Response to Radium), von E. P. Pendergrass und J. S. Ravdin-Philadelphia, Pa. In beiden Fällen handelte es sich um maligne Wucherungen am Augenlid und in dessen Nähe, die durch Bestrahlungen zum Schwinden gebracht wurden, ebenso auch metastatische Drüsenschwellungen.

Teerkrebs (Cutaneous Carcinoma Due to Tar and Tar Products), von Maximilian John Hubeny-Chicago.

Fall von Naevus linearis behandelt mit Radium (A Case of Naevus Linearis Treated by Radium), von W. H. B. Aikins und F. C. Harrison-Torento, Kan. Bandartige Eruption am linken Daumen und in seiner Fortsetzung am Unterarm. Radiumbestrahlungen. Besserung.

Radium bei Blasenkrebs (Radium in Carcinoma of the Bladder), von Leo Buerger-New York. Beschreibung eines neuen Armentariums (durch Abbildungen illustriert).

Radium bei malignen Geschwülsten der Blase und Prostata (Radium in Malignant Tumors of the Bladder and Prostate), von G. Kolischer und H. Katz-Chicago. Als beste Methode ergibt sich die Kombination von Elektrokoagulation und Radiumstrahlen, und zwar muß man bei Anwendung der letzteren von dem Versuche, die Strahlenquelle unmittelbar an den Krankheitsherd heranzubringen, absehen, da sich die sekundäre Strahlung als wesentlich wichtiger erwiesen hat. Wahrscheinlich beruht die Hauptwirkung des Radiums in der Erzeugung von Abwehr- und Schutzstoffen.

Radium bei Krebs der Mundhöhle (Radium in Intra-Oral Cancer), von D. Quick-New York. Radiumbehandlung ist die Methode der Wahl. Bei der Behandlung der zervikalen Lymphknoten wird durch die Kombination von Radium mit konservativer Chirurgie eine große Zahl Operationen überflüssig gemacht.

Erythem und Gelbsucht nach Salvarsanbehandlung (Erythema and Jaundice Following Administration of Arsphenamine), von D. L. Simon-Pittsburgh, Pa. Nach zwei intravenösen Einspritzungen von 0,4 und 0,6 Arsphenamine innerhalb fünf Tagen bei einem Falle von frischer sekundärer Syphilis trat ein skarlatiniformes Exanthem an einem großen Teile des Körpers auf. Unter Behandlung mit Adrenalin, Magnes. sulfur., Kal. citr. und intramuskulären Einspritzungen von Intramine begann das Exanthem nach fünf Tagen abzuschuppen; doch trat jetzt Ikterus in die Erscheinung, der auf weitere Behandlung mit Intramine und Evakuantien innerhalb zwölf Tagen wieder schwand. In

Digitized by Google

der Folge wurden Einspritzungen von Neoarsphenamine nach voraufgehender Verabfolgung von Atropin. sulfur. subkutan anstandslos vertragen.

Karunkeln der Harnröhre (Caruncle of the Urethra), von A. Soiland-Los Angeles, Kal. Die Affektion hat eine größere Bedeutung, als für gewöhnlich angenommen werden wird, da sie bisweilen in Basalzellenkrebs übergehen kann.

Mai 1923, Bd. 27, Nr. 5.

Syphilitische Osteochondritis (Syphilitic Osteochondritis), von George W. Bowman-Indianapolis, Ind. Beschreibung eines Falles mit instruktiven Abbildungen des klinischen Befundes und der Röntgenogramme. Der Zustand beruht gewöhnlich auf latenter, torpider Form kongenitaler Syphilis. Bei der Diagnose ist die Möglichkeit einer negativen WR nicht zu übersehen. Bei einem Kranken unter sechs Monaten ist Verlust der Kraft und Beweglichkeit eines Beines stark verdächtig auf Syphilis.

Selbstherabsetzung, Seautocontemptio als sexuelle Psychose (Self-Depreciation, Seautocontemptio, as a Sexual Psychic Condition), von Moritz Porosz-Budapest. Im allgemeinen wird im Pubertätsalter durch das erwachende Geschlechtsgefühl das Selbstbewußtsein der Umgebung und besonders auch den Eltern gegenüber in oft übermäßiger Weise gesteigert; zeigt sich jedoch ein Versagen in geschlechtlicher Beziehung, das oft auch nur durch das Gefühl der Minderwertigkeit im Vergleich mit renommierenden Altersgenossen bedingt ist, so tritt im Gegenteil ein Zustand der Selbstverachtung ein. Abstoßendes, stilles, oft den Eindruck geistiger Minderwertigkeit hervorrufendes Wesen im Verkehr mit Frauen und Männern, während abgesehen hiervon bedeutende geistige Produktivität bestehen kann. Die Unterbewertung seitens anderer wird von den Kranken, die scharfe Selbstbeobachter sind, schwer empfunden.

Einige praktische Beobachtungen über Tripper des Mannes (Some Practical Observations on Gonococcal Urethritis in the Male), von Herbert Schoenbich-Baltimore, Md. Nichts Besonderes.

Die Bedeutung des Geschlechtlichen in der modernen Literatur (The Significance of Sex in modern Literature), von James G. Kiernan-Chicago. Das Geschlechtliche wird in der Literatur in den mannigfachsten Formen behandelt; die Pornographie ist oft die Reaktion auf seine zu weit gehende Unterdrückung. So machte sich gerade auch in England eine starke Auflehnung gegen die übertriebene Prüderie der Zeit der Königin Victoria in der Literatur bemerkbar. Das zeigt auch das mehrfach verwendete Motiv der Eifersucht von Frauen gegen die Darstellung des Nackten in der Kunst. In der neueren Zeit ist der sexuelle Ton von den Freudschen Lehren stark beeinflußt. In reicher Fülle werden Beispiele über die verschiedensten sexualpathologischen Charaktere in der Literatur beigebracht. Eine große Rolle spielen, wie schon von jeher, die Eheprobleme. Darstellung weiblicher, mit dem Sexualgebiet in Beziehung stehender psychischer Zustände (Hysterie — Frigidität). Eine weit über seine Zeit hinausreichende Beeinflussung erhielt die Literatur durch den berühmtesten pornographischen Schriftsteller Marquis de Sade. Es folgen die vielen Beispiele sadistischer Darstellungen, ferner Masochismus, Fetichismus, Homosexualität sowie die Prostituierte in ihren verschiedenen Erscheinungsformen. Im allgemeinen ist in der in Frage kommenden Literatur mehr vom Weibe als vom Manne die Rede; eine Rolle spielen Casanova, Don Juan.

Röntgendiagnose der Nierentuberkulose (Roentgen Diagnosis of Renal Tuberculosis), von Alban Koehler-Wiesbaden. Im Röntgenbilde stark hervortretende tuberkulöse Kalzifikation, die die Rindenregion betraf. Es handelt sich um einen alten tuberkulösen Prozeß; ob auch die Diagnose beginnender Prozesse durch das Röntgenbild gelingt, erscheint sehr fraglich.

Martin Luthers Steinkrankheit (Martin Luthers Lithiasis), von Alfred Martin-Bad Nauheim. Luther litt an Blasensteinen, die ihm häufig schwere Anfälle bereiteten. Die weit verbreitete Ansicht jedoch, daß er daran gestorben sei, ist nicht korrekt, vielmehr erlag er einem Anfalle von Herzmuskelschwäche.

Die Behandlung der Aortensyphilis mit Salvarsan (Treatment of Aortic Lues with Salvarsan), von E. F. Mueller-Hamburg. Die Erfolge sind ausgezeichnete bei genügender Dosierung des Salvarsans. Mit 0,3—0,45 Neosalvarsan beginnend, auf 0,6 steigend, im ganzen 8—10 g. Die Behandlung muß zwei- bis dreimal mit Pausen von 6—8 Monaten wiederholt werden. Kombination mit Hg.

Die Handhabung der Behandlung des Zervixkrebses (The Management of the Treatment of Carcinoma of the Uterine Cervix), von Henry Schmitz-Chicago. Für die

Digitized by Google

Behandlung ist zunächst wichtig die Berücksichtigung präkanzeröser Zustände, Beseitigung bestehender Reizungen. Die Wirkung der Bestrahlungen wird durch Entfernung von Gewebe in bestimmten Intervallen nachgewiesen; ihre Wirksamkeit wurde bewiesen durch sorgfältige Nachuntersuchungen und Statistiken. Chirurgische Behandlung zum Zwecke der Heilung ist indiziert bei absoluter Lokalisation des Karzinoms in der Zervix; bei weitergehenden oder deutlich inoperablen Fällen ist Bestrahlung mit Röntgen oder Radium, am besten beide kombiniert, die Methode der Wahl. In vorgeschrittenen Fällen wirken sie rein palliativ. E. Levin-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes.

Mai 1923, Bd. 18, Nr. 5.

Klinische Betrachtungen über die konzeptionelle Syphilis (Considérations cliniques sur la syphilis conceptionelle), von J. Golay-Genf. Voraussetzung ist die syphilitische Infektion beim Vater. Nun sind zwei Wege möglich. Entweder wird das Ovulum durch das spirochätenhaltige Sperma selbst infiziert und die Syphilis geht von dort auf die Mutter über, oder aber die Mutter wird zunächst infiziert und sekundär das Kind. Während man früher allgemein glaubte, daß die Mutter eines luetischen Kindes selbst gesund bleibe (etwa durch Immunität), haben die verfeinerten serologischen Untersuchungen und die exaktere klinische Beobachtung oft das Gegenteil in letzter Zeit gelehrt. Verf. bringt eine Reihe von Fällen, bei denen die Mutter trotz der Geburt eines toten, unzweifelhaft luetischen Kindes zunächst gesund erschien, bis nach jahrelanger Latenz dann plötzlich metaluetische Erscheinungen auftraten.

Zur intramuskulären Arsenbehandlung der Syphilis (A propos de la voie intra-musculaire dans le traitement de la syphilis par les arsénicaux), von R. Rabut-Paris. Verf. wendet sich gegen die Unterschätzung der Gefahren bei der intramuskulären Arsendarreichung im Vergleich zur intravenösen. Zufälle unangenehmer Natur sind sogar dort mehr zu fürchten, da die intramuskulären Injektionen die Kumulierung des Mittels begünstigen. Mitteilung von zwei Fällen, wo sich an die intramuskuläre Einspritzung nitritoide Krisen anschlossen.

Über die notwendige Sanierung der Pariser Bordelle (De la nécessité d'assainir les maisons de prostitution parisiennes), von Léon Bizard. Vorschläge allgemeiner Natur, wie Überwachung der Animierkneipen, strenge ärztliche Kontrolle der Bordellinsassen usw.

Nichtgenügen der Präventivbehandlung, Syphilis und verzögerte Seroreaktion, Widerstandsfähigkeit gegen Arsen und Quecksilber, Heilung durch Wismut (Insuffisance de traitement préventif, Syphilis et séro-réaction retardée, Arséno, mercuro-résistance cédant au bismuth), von J. Gouin und Y. Jegat-Brest. Trotz Injektion von im ganzen 1,05 g Salvarsan im klinisch und serologisch noch negativem Stadium kommt es zu einem Primäraffekt, allerdings nach sehr verlängerter Inkubationszeit (95 Tage). WR war 153 Tage post coitum noch negativ und wurde zum ersten Male positiv befunden am 180. Tag. Infolge der ungenügenden Präventivbehandlung hat die Syphilis zweifellos einen maligneren Charakter angenommen, so daß es trotz energischer As-Hg-Behandlung zum Auftreten von Plaques kam. Erst Wismut brachte die Erscheinungen dann zum Verschwinden. F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten, von V. Kafka. (2. Aufl., Grundzahl 2, Verlag Julius Springer, Berlin 1922.) Die Schnelligkeit, mit der eine Neuauflage des Büchleins erforderlich geworden ist, beweist am besten, welch großem Bedürfnis es entspringt. In einigen Punkten, die sich als Verbesserungen erweisen, geändert, bietet das Werk eine wirklich praktische und klar verständliche Übersicht über die Technik der Entnahme der Körperflüssigkeiten und eine reichhaltige Darstellung der klinisch erprobten Untersuchungsmethoden, von denen keine irgendwie wesentliche fehlt. Ein dritter Abschnitt befaßt sich mit der Erörterung der praktischen Bedeutung der Metho-

Digitized by Google

den und mit dem Untersuchungsplan. Zahlreiche gute Bilder und Tabellen ergänzen das vom Verlage musterhaft ausgestattete Buch, dem nicht nur ein Autoren- und Sachregister, sondern auch die beigefügten Literaturangaben eine willkommene Abrundung verleihen. E. Sklarz-Berlin.

Das Panaritium, von Rudolf Klapp und Hans Beck-Berlin. (S. Hirzel, Leipzig 1923.) Knapp, aber doch erschöpfend im Inhalt und übersichtlich in der Form sind hier zum erstenmal das Panaritium und seine Folgezustände für den Praktiker dargestellt. Der Praktiker ist es, der die zunächst kleinen Eiterungen zuerst zu sehen bekommt, und seine Behandlung ist ausschlaggebend für Erhaltung und Funktion der Finger, ja des Armes. Von der einfachen Paronychie bis zum schweren Knochenpanaritium, vom leichten Schwielenabszeß bis zur lebensbedrohenden Sehnenscheidenphlegmone findet er hier Rat und Anleitung. Bei der Therapie sind außer den älteren bewährten Methoden auch die chemotherapeutischen Mittel berücksichtigt. Eine Menge, zum Teil farbiger Abbildungen, bilden eine wertvolle Ergänzung des Textes.
F. Landauer-Berlin.

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von M. Joseph-Berlin. (9. Aufl., 53 Abb. im Text und auf 1 Tafel nebst Anhang von 90 Rezepten, Georg Thieme, Leipzig 1923.) Es ist recht schade, daß der Verf. das seit seiner ersten Auflage beliebte Buch, der Not der Zeit gehorchend, fast auf die Hälfte verkürzen mußte. Leider fielen auch die farbigen instruktiven Bilder dem Zwange zum Opfer. Dessenungeachtet wird der „Joseph" sich in dieser verkürzten Form auch weiterhin seiner alten Beliebtheit erfreuen, weil er dem Studierenden alles gibt, was Wissenschaft und ärztlicher Beruf erfordert. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte vom 10. Dezember 1922 mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen gültigen Bestimmungen sowie mit dem Gesetz über die Gebühren der Medizinalbeamten, von J. Bornträger. (Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) In der neuen preußischen Gebührenordnung ist auch eine neue Auflage der Erläuterungen Bornträgers erschienen. Diese tragen allen Neuerungen gebührend Rechnung und sind allen Kollegen warm zu empfehlen, die in zweifelhaften Fällen mit Hilfe der klaren und ausführlichen Anmerkungen sich schnell orientieren wollen, was sie zu fordern haben, ohne erst die ganze Gebührenordnung durcharbeiten zu müssen.
G. Assmann-Barmen.

Bakteriologisches Taschenbuch, von Abel-Olsen. (Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Das Bakteriologische Taschenbuch von Abel-Olsen, das bereits die 26. Auflage seit 1889 erlebt hat, ist allen Ärzten und Studenten derart gut bekannt, daß es sich erübrigt, auf seine Vorzüge näher einzugehen. Neu eingefügt wurden die Weil-Felix-Reaktion und die SGR. F. Harry-Wiesbaden.

Xeroderma. Drei neue Beobachtungen (Xeroderma pigmentosum. Trois nouvelles observations), von P. Trisca. (A. Maloine & Fils, Paris.) Nach ausführlicher Besprechung des in Frage kommenden Gebiets berichtet der Verf. über drei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Der erste betrifft einen 6jähr. Knaben, Eltern blutsverwandt, Vater Alkoholiker. Beginn des Leidens mit zwei Jahren. Typischer Fall mit Flecken verminderten und vermehrten Pigments, Teleangiektasien, Schuppung und verrukösen Neubildungen. Günstige Beeinflussung durch Röntgenbestrahlung. — 2. Fall: 20jähr. Frau. Eine Schwester der Mutter der Kranken hat an einer niemals diagnostizierten Hauterkrankung gelitten, sonst Familienanamnese ohne Befund. Beginn des Leidens unter Entstehen pigmentierter Flecke und sich bald mit Borken bedeckender kleiner Tumoren im Alter von sechs Monaten; zur Zeit Lokalisation der typischen Erscheinungen im Gesicht und auf der Streckseite der Hände und Unterarme. Große Milz, unregelmäßiger Stuhlgang, häufige Verstopfung, guter Allgemeinzustand. 3. Fall: 7jähriger Knabe. Bis auf eine Fehlgeburt der Mutter Familienanamnese o. B. Beginn der Erkrankung mit $1^1/_2$ Jahren mit roten Flecken, nach denen allmählich die Tumoren entstanden. Lokalisation: Gesicht und Hände. Form: Pigmentierungen, Depigmentierungen und — im Gesicht — verruköse Tumoren. Haut teilweise verdünnt und atrophisch. Auf den Unterarmen Pigmentflecke und Teleangiektasien. Sonstiger Befund: Spitzenaffektion der Lungen, Zeichen von Rachitis an den Knochen, geringe Vergrößerung der Leber. Bei diesen beiden letzten Fällen wurde nur Prophylaxe und roborierende Behandlung, lokal Ichthyolmedikation durchgeführt, die sich zur Zeit noch nicht haben geltend machen können. Die Erkrankung ist häufig familiär, immer kongenital, nicht hereditär. Sie tritt bei im übrigen noch unklarer Ätiologie bei Personen auf, deren Haut eine besondere

Digitized by Google

Empfindlichkeit gegenüber dem Licht hat. Pathologisch-anatomisch steht eine Verringerung des Pigments, das bisweilen ganz fehlen kann, im Vordergrunde, daneben Hautatrophien, Teleangiektasien, Degeneration des kollagenen und elastischen Gewebes und später Entstehen von Tumoren epithelialer Natur. Sehr gutes Literaturverzeichnis.

E. Sklarz-Berlin.

Mikromethodik: Quantitative Bestimmung der Harn- und Blutbestandteile in kleinen Mengen für klinische und experimentelle Zwecke, von Ludwig Pincussen-Berlin. Georg Thieme, Leipzig, 1923. 2. verb. Aufl., 22 Abb. Vorliegendes Büchlein ist ein ausgezeichneter Leitfaden für den Laboranten, dient aber auch dem Praktiker zur weitgehendsten Anregung. Es ist schade, daß Verf. nicht auf die klinische Bewertung der Ergebnisse eingeht, aus dem der Nichtlaborant die wertvollsten Schlüsse ziehen kann. Ganz besonders interessant ist die Mikromethodik des Blutes, dessen so wichtige und für den Kranken und seine Diagnose so notwendigen Teile durch die Untersuchung festgelegt werden, nicht weniger die Bestimmung der Harnbestandteile, die kolorimetrische Methoden. Für den Interessenten von großem Wert.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über die Behandlung peripherer Röntgenulzera mittels periarterieller Sympathektomie, von Gundermann-Gießen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 129, H. 1, S. 231.) Die Sympathektomie hatte kräftige Granulationen zur Folge, wenn nicht Nekrosen daran hinderten, ein schlagartiges Verschwinden der Schmerzen im Geschwür und seiner Umgebung. Die Sensibilität wurde nicht gestört. Die Röntgengeschwüre wurden geheilt. Die vom Verf. auf Grund der Erfolge ausgesprochenen und sich anschließenden Folgerungen bedürfen noch eines gründlichen Studiums.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Ein neuer Röntgenstrahlen-Härtemesser, von Hermann Behnken, Physik. techn. Reichsanstalt. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 30, H. 5/6.) Beschreibung einer neuen, einfachen Methode zur photographischen Härtemessung, durch die eine einfache und bequeme direkte Ablesung ermöglicht wird. E. Levin-Berlin.

Die therapeutische Verwendung von Radium (The Use of Radium in the Treatment of Disease), von D. Turner-Edinburgh. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3246, S. 464.) Ein besonders frappantes Resultat erzielte T. bei einem mächtigen, inoperablen Spindelzellensarkom der Infraorbitalgegend. Patientin ist nach der chirurgischen Beseitigung der letzten Reste des Tumors nunmehr 7 Jahre gesund geblieben. Bei Ulcus rodens, Epitheliomen, frühen Keloiden und manchen Nävi hat Verf. auch sehr gute Resultate erzielt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Radiumbehandlung und ihre Indikationen, von Max Heiner-Joachimsthal i. B. (M. Kl., 1923, Nr. 18.) Das Radium kommt zur Anwendung in Form örtlicher Injektionen und Bestrahlungen oder allgemein als Balneotherapie, die unter Umständen auch bei der gleichen Erkrankung kombiniert angewendet werden können. Unter anderen ist die Allgemeinbehandlung indiziert bei chronischen Erkrankungen des Rückenmarks (Tabes), chronischen Hautkrankheiten (universellen Ekzemen, Akne); örtliche Anwendung bei benignem und malignem Lymphom, Lymphogranulomatosis, hartnäckigen Ekzemen, Psoriasis, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris, Leukoplakie, Sklerom, Sklerodermie, Keloiden, Naevi pigmentosi und flammei, Warzen, fibro-sklerösen Narben, Hämangiom, Lymphangiom, Epitheliom, tuberkulösen Erkrankungen der Haut, Schleimhaut, Knochen, Prostatahypertrophie und -tumoren, Induratio penis, Sarkomen und Karzinomen, besonders der Zunge sowie an Mundschleimhaut, Larynx, Mamma, Rektum, weiblichen Genitalien. Die Wirksamkeit bei direkt entgegengesetzten Krankheiten erklärt sich dadurch, daß, da es sich in erster Linie um Störungen in der kolloiden Struktur zu handeln scheint, diese in beiden Fällen durch die Strahlenwirkung wieder in normale Bahnen gebracht werden kann. E. Levin-Berlin.

Hautkrebs nach Radium (A Skin Cancer Following Exposure to Radium), von W. J. Mac Neal und G. S. Willis-New York. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 7, S. 466—469.) Krankengeschichte eines 46jähr. Arztes, der von 1905—1917 mit Rönt-

Digitized by Google

genstrahlen beruflich arbeitete und dabei stets sorgfältigen Selbstschutz ausübte. 1912 begann er auch mit Radiumpräparaten in Glastuben zu arbeiten und setzte diese Arbeit bis 1920 fort, seit 1919 z. B. mit 365 mg in einer Glastube. Selbstschutz vernachlässigte er hierbei. Seit 1918 bemerkte er eine Taubheit in den Fingerspitzen der linken Hand nebst Schwäche des linken Armes, so daß er seinen Lieblingssport, das Boxen, aufgeben mußte. 1919 fiel ihm die Rauheit der Haut beider Hände auf. Es stellte sich ein brennendes Gefühl darin ein, sie wurde empfindlich und zerfiel stellenweise geschwürig. 1921 bemerkte er an Daumen und Mittelfinger der linken Hand Fissuren (es waren die Finger, die meist die Radiumtuben hielten), die wenig Neigung zur Heilung zeigten. Eine besonders schmerzhafte Fissur am linken Daumen veranlaßte den Patienten, sie chirurgisch entfernen zu lassen. Das mikroskopische Bild ergab ein typisches Hautkarzinom. F. Quasig-Hamburg.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Der heutige Stand der Ödemfrage in Theorie und Praxis, von G. Zuelzer-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 3, S. 63—68.) Kurzer Überblick über die verschiedenen Theorien der Ödementstehung. Betonung der extrarenalen Faktoren, wofür in erster Linie eine Schädigung der Kapillarendothelien angenommen wird. Auch die Schilddrüse scheint nach Eppinger einen großen Einfluß auf die Flüssigkeitsretention in den Geweben auszuüben. Als Oedema cutis proprium wird jüngst von Mendel ein Krankheitsbild beschrieben, bei dem als primäre Ursache eine Funktionsstörung der Haut angenommen werden muß. Schließlich findet noch kurz das Kriegs- oder Hungerödem Erwähnung, das ebenso wie das Säuglingsödem auf unzureichende Ernährung zurückzuführen ist. Von therapeutischen Maßnahmen sind neben diätetischen Mitteln, der medikamentösen Herztherapie und den verschiedenen Diuretika der Xanthingruppe das Novasurol hervorgehoben, das zweifellos eine spezifische Wirkung auf die ödematösen Lager ausübt, jedoch bei Nephritis, soweit sie nicht luetischer Natur ist, kontraindiziert ist. B. Peiser-Berlin.

Über Ödembereitschaft beim Säugling, von Ernst Slawik, Univ.-Kinderklinik Prag. (Arch. f. Kindhlk., 1923, Bd. 72, H. 3, S. 178.) Das Säuglingsalter ist durch seine Neigung zu Ödemen charakterisiert, ohne daß Herz- oder Nierenaffektionen eine ätiologische Rolle spielen. Besonders sind es Störungen im Kapillarsystem, welche auf Schädigungen exogener und endogener Natur mit Ödem reagieren. Der häufigste Typus ist das Ödem der Neugeborenen, nicht zu verwechseln mit dem Sklerödem und Sklerem, das sich besonders durch subnormale Temperaturen unterscheidet. Letzteres ist vielleicht eine Abart des Ödems der Neugeborenen. Die Ursache ist nicht einfach zu erklären. Mehr oder weniger kommt bei Neugeborenen die Wasserverteilung in Betracht, die sogenannte Hydrolabilität, die durch die Ernährungsweise beeinflußbar ist. Je größer die Wasserzufuhr, desto mehr Ödeme. Es gibt aber auch kachektische Ödeme bei schwer ernährungsgeschädigten Kindern; man unterscheidet Wasser-, Salz- und Kohlehydratödeme, die man idiopathische nennt, wobei Alter, Konstitution und Ernährungszustand zu berücksichtigen sind. Es gibt aber chronische idiopathische Ödeme, welche ihre Ursache in Störungen der Vasomotoren der peripheren Gefäße haben. Auch die kongenitale Lues ist ein ätiologisches Moment in der Genese der Ödeme, hervorgerufen durch eine Schädigung des Kapillarsystems. Zu erwähnen sind noch die durch angeborene Anomalie der Lymphbahnen bedingten Ödeme. Nicht zu vergessen ist der Hydrops universalis mit seinen serösen Ergüssen in allen Körperhöhlen.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Bluttransfusion bei Purpura haemorrhagica (Transfusion in Purpura Hemorrhagica), von R. C. Larrabee-Boston. (J. Am. m. Ass., 1923, Nr. 12, S 838.) Im allgemeinen genügt nicht eine, sondern sind mehrere Transfusionen notwendig, wie die angeführten 3 Fälle lehren, welche einen 60jähr. Mann, einen 8 Jahre alten Knaben und ein 17jähr. Mädchen betrafen. Es hören zwar nach der Transfusion die übermäßigen Blutungen auf, aber nach einigen Wochen mußte sie wiederholt werden, um erst nach 4—5, in schweren Fällen noch mehr, Transfusionen endgültig Heilung zu bringen. 500—600 ccm ist die Menge des transfundierten Blutes und die Wiederholungen können schon in 2—3 Tagen stattfinden, gewöhnlich — bei chronischen Fällen — macht man sie in größeren Zwischenräumen. Das Aufhören der Blutungen ist meist mit einer bedeutenden Zunahme der roten Blutkörperchen — von 28000 bis zu 348000 in den angeführten 3 Fällen — verbunden und Verf. steht nicht an, dieses heroische Mittel

Digitized by Google

als das der Wahl sowohl bei idiopathischer Blutkrankheit als auch bei sekundärer (infolge von Infektion) zu empfehlen. M. Stern-München.

Beiträge zur periarteriellen Sympathektomie, von J. Philipowicz-Czernowitz. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 21, S. 829—831.) Zwei Fälle von Gangrän. Fall I — auf atherosklerotischer Grundlage — mußte 8 Tage nach der Sympathektomie Oberschenkel amputiert werden wegen akzidenteller Infektion, so daß hier die Beobachtungszeit wohl doch etwas zu kurz ist, wenn auch Verf. glaubt, unmittelbar nach der Operation eine objektive und subjektive Besserung feststellen zu können. Im Fall II war wegen spontaner juveniler Gangrän die linksseitige Amputatio supracondylica ausgeführt worden. Rechts wurde zur Bekämpfung der hochgradigen Schmerzen die Sympathektomie gemacht, mit dem Erfolg, daß die Schmerzen beseitigt wurden und die Funktion wiederhergestellt ward. F. Landauer-Berlin.

Über Dauererfolge und Mißerfolge der periarteriellen Sympathektomie, insbesondere über ihre Ausführung bei der arteriosklerotischen Gangrän, von Fritz Brüning-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 923.) Nach Anführen zwei geheilter Fälle — eine Raynaudsche Erkrankung und eine Sklerodermie — bespricht Verf. die Ursachen der Mißerfolge, die einmal in schlechter Technik und zweitens in falscher Indikationsstellung liegen. Näheres über die Technik muß im Original nachgelesen werden. Bezüglich der Indikation ist die Operation gegeben bei trophischen Geschwüren nach Nervenverletzungen, ebenso bei vorübergehenden und einem Teil der dauernden angiospastischen Zustände, kontraindiziert sind Veränderungen auf dem Boden von Embolien und diabetischer Gangrän. Besonders wichtig ist die richtige Indikation bei drohender oder beginnender Gangrän auf der Grundlage von Arteriosklerose, da hier neben Heilungen auch Mißerfolge zu erwarten sind. E. Langer-Berlin.

Urtikaria und Exantheme.

Erythema nodosum im Wochenbett. Untersuchung über die Eintrittspforte des Krankheitserregers (L'érythème noueux dans le post-partum. Etude sur la porte d'entrée de l'agent infectieux), von Ernest Gueissaz-Lausanne. (Rev. méd. Suisse rom., 1922, Nr. 11, S. 706—718). Verf. unterscheidet zwischen primärem und sekundärem Erythema nodosum. Bei der primären Form sind als Haupteintrittspforte des Krankheitserregers die Tonsillen anzusehen; es kann aber auch auf dem Wege über Operationswunden und Wundflächen, die durch die Geburt entstehen, zum Eindringen der Keime in den Körper kommen. In 10% der Fälle kam im Anschluß an gastrointestinale Störungen der Magendarmkanal als Eintrittspforte in Betracht. Als sekundäre Form bezeichnet Verf. das Auftreten von Erythema nodosum bei Tuberkulose, Blennorhoe oder Lues. B. Peiser-Berlin.

Das Erythema nodosum bei Kindern (L'érythème noueux chez les enfants), von Jules Comby. (Progr. méd., 1922, Nr. 50.) Die Erkrankung ist bei Kindern häufig. Die Ätiologie ist noch nicht geklärt, wahrscheinlich ist sie mannigfacher Art; neben der sekundären gibt es auch eine, den akuten fieberhaften Erkrankungen analoge primäre Form. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Kontagiosität ist eine gewisse Quarantäne von 10—14 Tagen zu empfehlen. E. Levin-Berlin.

Untersuchungen über das Blutbild bei Erythema nodosum mit Hinblick auf die Ätiologie, von Wilhelm A. Hoyer-Kristiania. (Acta med. scand., Bd. 57, Nr. 6, S. 587—615.) Verf. versucht, aus dem Blutbild bei Erythema nodosum Schlüsse auf die Ätiologie dieses Krankheitsbildes zu ziehen. Während das rote Blutbild keine nennenswerten Veränderungen zeigt, finden sich bei den weißen Blutkörperchen neben einer anfänglichen mittelstarken Leukozytose auch morphologisch deutliche Verschiebungen des weißen Blutbildes. Der leichten neutrophilen und eosinophilen Leukozytose im Inkubationsstadium folgt kurz nach Einsetzen des Erythems eine Mono- und Lymphozytose, die noch monatelang bestehen bleiben kann. Auch traten nach Abblassen des Erythems wieder eine stärkere Eosinophilie auf sowie stabkernige Neutrophile und viele Jugendformen der Lymphozyten. Bezüglich der Ätiologie findet Verf. keine Ähnlichkeit des Blutbildes mit dem bei akutem Gelenkrheumatismus, dagegen große Ähnlichkeit mit dem einer Anaphylaxie, vielleicht auch mit dem einer initialen Tuberkulose. Auch ist eine Infektionskrankheit sui generis nach dem Blutbilde nicht auszuschließen. B. Peiser-Berlin.

Familiäres Erythema nodosum (Erythème noueux familial), von P. Woringer. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 12.) Bei zwei Geschwistern von 12 und 9 Jahren

Digitized by Google

gleichzeitiges Auftreten in akuter Weise mit Fieber, Mattigkeit und Anorexie. Magenerscheinungen waren bei beiden vorausgegangen, bei dem einen auch Halsschmerzen; Erscheinungen von seiten des Herzens, der Gelenke fehlten, ebenso Zeichen von Tuberkulose; wie oft in diesem Alter war die Kutireaktion positiv. Die Mandeln, die hypertrophisch befunden wurden, scheinen hier die Eingangspforte für das wahrscheinlich von einer dritten Person übertragene Virus gewesen zu sein. Der Fall ist charakteristisch als eine im Gegensatz zu den häufigeren, auf den verschiedensten ätiologischen Ursachen beruhenden, primäre, akute, den akuten Exanthemen vergleichbare Infektionskrankheit. Die Inkubationszeit beträgt in derartigen Fällen 4—14 Tage. E. Levin-Berlin.

Herpes.

Herpes zoster varicellosa Bokay und Varizellen, von Cornelia de Lange-Amsterdam. (Kl. W., 1923, Nr. 19, S. 879.) Verf. führt als Beweis für die Zusammengehörigkeit dieser beiden Krankheitsbilder eine Epidemie in einem Heim an, wo im Anschluß an einen Herpes zoster bei einem Kinde drei an Varizellen und ein weiteres an einem Herpes lingualis erkrankte. Die Komplementbindungsreaktion mit Varizellenantigen ergab außer bei dem zweiten Herpesfall und einem Varizellenkinde mit Eigenhemmung positive Reaktion. E. Langer-Berlin.

Gürtelrose nach Influenza (Postinfluenzal Herpes Zoster), von L. Hollander-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 7, S. 470.) Eine bisher gesunde 63jähr. Frau erkrankte erstmalig an Influenza 1919, von der sie sich nur langsam und mangelhaft erholte wegen zurückbleibenden Rückenschmerzen von ausstrahlendem Charakter. Erst interkurrente akute Infektionen klärten das Krankheitsbild, indem einmal nach einem Schnupfen ein bläschenförmiger Ausschlag (Herpes zoster) entlang einem Hüftnerven auftrat und das zweite Mal nach einer Grippe ein Herpes zoster das elfte Dorsalsegment befiel. Der Fall ist so zu erklären, daß nach einer allgemeinen Erkrankung (Influenza) die Infektion in den hinteren Ganglienwurzeln latent blieb und als chronische Infektion Symptome machte mit Exazerbation derselben nach erneuter interkurrenter Infektion. F. Quasig-Hamburg.

Prurigo und Pruritus.

Zur Physiotherapie des Pruritus (A propos de la physiothérapie des pruritus), von P. Meyer. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 17.) Bei einem Falle von Pruritus ani guter Erfolg der Anwendung ultravioletter Strahlen nicht nur lokal, sondern auch auf die beteiligten Nervenwurzeln. E. Levin-Berlin.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Beiträge zur Frage der Wunddiphtherie, von H. Landau-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1923, Bd. 123, S. 716.) Verf. hat 170 verschiedene Wunden auf Bakterien untersucht und kein einziges Mal echte, virulente Diphtheriebazillen nachweisen können. In 31 Fällen fand er Mikroorganismen, die außerordentlich diphtherieähnlich, im Tierversuch aber avirulent waren. Verf. glaubt, daß diese Stämme Abkömmlinge von echter Diphtherie sind, die sich in diphtheroide Formen umgewandelt haben, ein Vorgang, der aus verschiedenen Anzeichen bei Versuchen in vitro und im Tierkörper sowie nach klinischen Beobachtungen angenommen werden kann. Eine epidemiologische Erklärung, woher die Bazillen kommen, läßt sich nicht geben, da auf der Haut der betreffenden Pat. keine Diphtheriestäbchen gefunden wurden; auch die Rachenabstriche gaben keinen einwandfreien Fingerzeig. Verf. bezweifelt, ob die von vielen Autoren gestellte Diagnose der Wunddiphtherie richtig ist, da in den meisten Fällen der sehr wichtige Tierversuch fehlt. In künstlich angelegten, mit Diphtheriebazillen infizierten Wunden bei Mäusen und Meerschweinchen waren die Bazillen bis zum Tode hin nachzuweisen. Die vom Verf. beobachteten diphtheroiden Formen waren gegen Trypaflavin, Flavizid resistenter als echte Diphtheriebazillen. A. Rosenburg-Berlin.

Beitrag zur Klinik der Wunddiphtherie, von Carl Uhlhorn-Lübeck. (Arch. f. kl. Chir., 1923, Bd. 123, S. 833.) Verf. beobachtete 26 Fälle von Wunddiphtherie, und zwar 20 Wunden mit Veränderungen der Granulationen, 2 Fälle der ulzerösen bzw. ulzerophlegmonösen Form, 3 Fälle der phlegmonösen Form und 1 Fall mit schlechter Heiltendenz ohne charakteristisches Aussehen. Charakteristisch war allen die schlechte Heiltendenz und die mehr seröse als eitrige Wundsekretion. Die Diagnose „Wund-

Digitized by Google

diphtherie" ist jedoch nach dem klinischen Bild nicht exakt zu stellen, erst die bakteriologische Untersuchung bestätigt die Diagnose. Als einzig sicheres, stets wirkendes Mittel gibt Verf. Injektion von Diphtherieheilserum an, nachdem die lokale Anwendung derselben wirkungslos geblieben ist. Für die lokale Therapie eignet sich besser das Eukupin und das Trypaflavin. Bei ulzerösen Fällen wurden die Injektionen dreimal und häufiger gemacht, ohne daß anaphylaktische Erscheinungen auftraten. Es wurden 1500 I.E. gegeben. Entgegen Anschütz, Lexer und Rohde besteht Verf. auf der in jedem Falle günstigen Wirkung der Antitoxinbehandlung. In 50 Wunden fand Verf. nur zweimal Diphtheriebazillen, obgleich die Wunden häufig pseudomembranös belegt waren. Die „Diphtheroide" Neisser sind bisweilen schwer von den echten Diphtheriebazillen zu unterscheiden. Im Tierversuch, der nur in 3 Fällen angesetzt wurde, war die Kultur zweimal positiv. Meist wurden Diphtheriebazillen zusammen mit Staphylokokken, dreimal mit Staphylo- und Streptokokken zusammen gefunden. Einmal trat im Anschluß an ein Erysipel Wunddiphtherie auf. A. Rosenburg-Berlin.

Die Staphylo- und Streptokokkeninfektionen der Haut (Pyodermien), von C. Siebert-Charlottenburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, Nr. 6, S. 167—174.) Kurze zusammenfassende Arbeit, die dem Spezialisten nichts Neues bringt. B. Peiser-Berlin.

Ekzem, Rosazea.

Über Leukotropin, von H. Ehrlich. (D. m. W., 1923, Nr. 15, S. 482.) Gute Erfolge mit Leukotropin bei chronischem Ekzem. Mitteilung eines Falles.
F. Harry-Wiesbaden.

Die zur Entstehung von Alopezia führenden Ekzeme der behaarten Kopfhaut (Les eczémas du cuir chevelu capables de déterminer des alopécies), von R. Sabouraud. (Paris méd., 1923, Nr. 30, S. 341.) Von dieser Abhandlung betrifft der Hauptteil die Tinea asbestina, die Fausse teigne amiantacée d'Alibert-Devergie, welche mit der Trichophytie allerdings durchaus nichts zu tun hat und auch keine Seborrhoe ist, sondern ein namentlich bei schwächlichen jungen Mädchen auftretendes, serumabsonderndes und zu asbestartigen Krustenbildungen führendes Ekzem der Kopfhaut von besonderer Art darstellt. Außerdem schildert S. eine analoge aber seltene Form, die er gelegentlich bei Schulkindern beobachtet hat, mit großen, braunen, schuppigen Borken, die an angetrocknete Schmierseife erinnern; kratzt man dieselben ab, so gehen die betroffenen Haare mit ab, und die darunter liegende Haut sieht gesund aus. Das Wiederwachsen der Haare vollzieht sich sehr viel langsamer als bei der „Asbesttinea". Die Anfangsstadien der Affektion hat Verf. nie zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ferner beschreibt er eine ganz seltene Form von Ekzem (?) mit nachfolgender Alopezie, das wie eine ringförmige Psoriasis auftritt oder wie Trichophytie bei Tieren, wobei aber trotz genauester Untersuchung sich keine Parasiten nachweisen ließen. Die Alopezie erwies sich dabei als sehr refraktär. Seinen letzten Fall dieser Art sah er vor mehreren Jahren.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Psoriasis.

Beitrag zum Studium der Psoriasis pustulose (Contribution à l'étude du psoriasis pustuleux), von Pierre M. Fol-Genf, Univ.-Hautkl. Br. Bloch. (Genf 1922, Inaug.-Diss.). Krankengeschichte und histologische Befunde eines beobachteten Falles unter kritischer Berücksichtigung der vorliegenden Literatur. Verf. ist der Ansicht, daß in seinem Falle die intravenösen Injektionen von „Arsylène"-Hoffmann-Laroche 565 (ein 40% Arsen enthaltendes Propenylarsennatronkarbonat) die bei dem Patienten sonst periodisch und typisch verlaufende Psoriasis in ein akutes, von Allgemeinsymptomen begleitetes Krankheitsbild umgewandelt hatten. Nach der 27. Injektion von durchschnittlich 1 mg des Präparates zeigte die ganze Haut Entzündungserscheinungen und die Psoriasisplaques waren an ihrer Peripherie mit sterilen Eiter enthaltenden Pusteln bedeckt. Rasches Eintrocknen der Pusteln und desquamative Erythrodermie beendeten bald dies akute Bild, das sich nach einer erneuten Injektion in absolut gleicher Weise wiederholte. Fernerer Verlauf wie eine gewöhnliche Psoriasis auch nach späterer Wiederaufnahme der Arsenbehandlung mit dem Präparat 565. — Verf. sieht in dem Arsen das Stimulans für die akute Exazerbation der Psoriasis. Er glaubt auch in den übrigen bekannt gewordenen Fällen von Psoriasis pustulosa irgend welche inneren oder äußeren Ursachen für den Umschlag einer gewöhnlichen Psoriasis in eine akute, entzündliche Psoriasis mit Allgemeinsymptomen verantwortlich machen zu können.
F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Psoriasis, von G. Gushue-Taylor-Barkingside. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3248, S. 558.) Die Behandlung der Psoriasis mit Injektionen von kolloidalem Mangan hat sich dem Verf. nicht bewährt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Erfahrungen mit der kombinierten endovenösen und äußeren Behandlung der Psoriasis, von Hübner-Elberfeld. (D. m. W., 1923, Nr. 11, S. 348—349.) Gute Heilerfolge bei der Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Salizylinjektionen und schwachen Chrysarobinpasten. Nach Abschuppung der Herde mit Salizylvaseline und Vollbädern werden zweimal wöchentlich Salizylinjektionen verabreicht, und zwar von einer 20%igen Lösung erst 10, dann 15 und später stets 20 ccm bis zur völligen Heilung. Gleichzeitig wird äußerlich $^1/_4$—$^1/_2$%ige Chrysarobinpaste aufgetragen.
F. Harry-Wiesbaden.

Erythrodermie, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra.

Zwei Fälle von Erythrodermia desquamativa (Deux cas d'érythrodermie desquamative), von R. Brun-Payerne et H. Perrier-Fribourg. (Rev. méd. Suisse rom., 1922, Nr. 11, S. 734—737.) Beschreibung dreier Fälle von Erythrodermia desquamativa (Leiner) bei Säuglingen. Es bestanden ausgedehntes entzündliches Erythem mit nachfolgender Abschuppung der Epidermis zusammen mit Seborrhoe des Kopfes, außerdem schwere Störungen von seiten des Magen-Darmkanals. Das völlige Fehlen von Blasen, das Freibleiben der Schleimhäute, ferner das isolierte Auftreten der Erkrankungen neben den im Vordergrund stehenden schweren Magen-Darmstörungen ließen differentialdiagnostisch eine Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter) ausschließen. Die Fälle verliefen unter diätetischer und indifferenter Lokalbehandlung günstig. B. Peiser-Berlin.

Lichen.

Ein Fall von Lichen ruber planus, der als Erythem auf dem Gesicht begann, von Oblow. (Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 10, S. 218.) Bei einer 21jähr. Frau trat bald nach dem unerwarteten Tode der einzigen Tochter unter Erscheinungen von hysterischen Anfällen eine diffuse Röte des Gesichts und darauf erst typische Lichenknötchen auf den Extremitäten und dem Körper auf. Unter Arsenikbehandlung schwanden die Erscheinungen. A. Jordan-Moskau.

Lichen planus des Mundes und der Geschlechtsteile (Le lichen de Wilson de la bouche et des organes génitaux), von G. Thibierge. (Progr. méd., 1922, Nr. 50.) Die Affektion kann an diesen Stellen primär auftreten und an ihnen isoliert bleiben. Die im allgemeinen denen an der Haut ähnlichen Erscheinungen zeigen gewisse charakteristische Besonderheiten, die im einzelnen eingehend beschrieben und differentialdiagnostisch von den sonst in Betracht kommenden Krankheitsbildern abgegrenzt werden.
E. Levin-Berlin.

Keratosen.

Hereditäre Tylosis (Hereditary Tylosis), von J. D. Rolleston-London. (Brit. J. Child. Dis., 1923, Bd. 20, S. 16.) Diese Affektion ist von Unna als Keratoma palmare et plantare hereditarium beschrieben worden und hat auch verschiedentliche andere Benennungen erhalten. R. hat einen einschlägigen Fall bei einem 2jähr. Mädchen aus der unteren Volksklasse beobachtet, in dessen Familie die Affektion durch 5 Generationen hindurch bestanden zu haben scheint. Vater, 2 Onkel und 1 Tante des Kindes sind die beteiligten Mitglieder der vierten Generation. Hebra (1856) u. a. Thatcher (1912) beschreiben Fälle von Tylosis ohne erbliche Belastung. Gelegentlich ist das Leiden als leprös angesehen worden auf der Insel Meleda in Dalmatien.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Über Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung, von W. Hofmann-Frankfurt. (Arch. f. kl. Chir., 1923, Bd. 123, S. 51.) Der Erreger der Gesichtsfurunkel ist meist der Staphylococcus aureus, die Bösartigkeit des Furunkels liegt also weniger in dem Erreger, als in den topographischen Verhältnissen bedingt, da die Furunkel leicht in die im Gesicht sehr oberflächlich gelegenen Venen übergreifen und diese wieder mit dem Sinus cavernosus in direkter Verbindung stehen, wodurch sich die durch die Gefahr einer Meningitis bedingte schlechte Prognose erklärt. Die zum Tode führenden Fälle zeigen alle eine Venenthrombose der Gesichtsvenen sowie des Sinus cavernosus und

Digitized by Google

dann entsteht, von dort aus fortgeleitet, eine Meningitis; daneben aber auch oft, wie bei Pyämie, Abszesse in beiden Lungen. Was die Therapie anbelangt, so verwirft Verf. auf Grund eines großen Krankenmateriales jede Art von Inzision; er behandelt alle Gesichtsfurunkel konservativ, und zwar durch Anlegen einer Stauung am Hals, die 20—22 Stunden liegen bleibt, um nach 2—4stündiger Pause erneut wieder angelegt zu werden. Auf das Furunkel selbst kommen heiße Umschläge oder bei kleineren Furunkeln Salbenlappen. Vor allem muß das Sprechen und das Kauen fester Speisen vermieden werden. Das Anlegen einer Saugglocke wird wegen des danach häufig beobachteten Schüttelfrostes verworfen. Verf. hatte bei 171 behandelten Fällen 4 oder 2,3% Todesfälle, während v. Bergmann mit Inzision bei 71 Fällen 7 oder 9,9% Todesfälle zu verzeichnen hatte. A. Rosenburg-Berlin.

Neue Wege zur Karbunkelbehandlung, von W. Rieder. 2. Chir. Abt. Hamburg-Eppendorf. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 177, H. 5/6.) Die günstigen Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Karbunkels lassen sich bedeutend verbessern durch Kombination mit Serumtamponade. Nach einfachem Kreuzschnitt, Abpräparieren der nekrotischen Hautränder ohne Eröffnung neuer Blutbahnen in der Tiefe wird ein mit Pferdeserum (durchschnittlich 3—4 ccm) oder Diphtherieserum 2000 I.E. (400fach), verdünnt mit 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung, getränkter Gazestreifen eingelegt. Der Eingriff ist ungleich schonender und die Behandlung wird abgekürzt, die Nekrosen stoßen sich schneller ab. Das Überwiegen der Infektionsenergie über den Gewebsschutz wird durch das Pferdeserum offenbar überwunden und die regenerative Komponente verstärkt. E. Levin-Berlin.

Über Furunkelbehandlung mit Histoplast, von Edmund Hoffmann-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 11, S. 347—348.) Günstige Resultate bei der Behandlung frischer Follikulitiden und kleiner Furunkel mit Histoplast (Staphylokokken-Extrakt in Verbindung mit einer leicht resorbierbaren Masse als Pflaster zubereitet). F. Harry-Wiesbaden.

Sklerom, Orientbeule usw.

Orientalisches Geschwür (Haut-Leishmaniosis) in den Vereinigten Staaten (Oriental Sore [Cutaneous Leishmaniasis] in the United States), von R. A. Lambert-New Haven. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 14, S. 986—989.) Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Aleppobeule. Bemerkenswert ist die lange Inkubationsdauer von etwa 8 Monaten in dem einen Falle. Wegen differentialdiagnostischer Schwierigkeiten, die gerade dieser Fall bot (Verwechslung mit Sarkom) rät Verf. stets zur Probeexzision und anschließender histologischer Untersuchung. Beide Fälle erhöhen die Zahl der in den letzten 2 Jahren in den Vereinigten Staaten vorgekommenen auf 10. Der Arbeit sind 4 Abbildungen beigegeben. F. Quasig-Hamburg.

Über die Behandlung der brasilianischen Hautleishmaniose mit „Bayer 205", von A. Lindenberg-Sao Paulo. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1923, Bd. 27, Nr. 2, S. 64—66.) Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen an einem größeren Krankenmaterial zu dem Schluß, daß „205" entschieden eine spezifische Wirkung auf Hautleishmaniose hat. Praktisch aber kann man jetzt diese Wirkung nicht ausnützen, erstens, weil die äußerst chronische Krankheit eine sehr lange Behandlung erfordert, und zweitens, weil vorzeitige Albuminurie dieser Behandlung eine Grenze setzt. G. Assmann-Barmen.

Ein Fall von Framboesia tropica in Californien (Report of a Case of Yaws in California), von Harry E. Alderson und Harry C. Col, Univ.-Hautkl. San Francisco. (Calif. State J. o. Med., April 1923.) Bei dem beschriebenen Falle, dem ersten in Kalifornien, handelt es sich um einen 27jähr. Filipino, einen Schiffsheizer. Er bemerkte August 1922 bei der Ankunft seines Schiffes in England einen vom Kopf und Gesicht ausgehenden, äußerst rasch sich über den Körper ausdehnenden Ausschlag. Bei der Aufnahmeuntersuchung zeigte Pat. ein universelles, aus kleinpapulösen, warzenähnlichen, mit gelben Krusten bedeckten und teilweise gruppierten Effloreszenzen bestehendes Exanthem. Über den Schulterblättern fanden sich wallnußgroße, gummaähnliche Abszesse. Über den ganzen Körper verstreut leicht eingedellte, pigmentierte Flecke. Ein Primäraffekt war nicht nachweisbar. Die Genitalien waren frei von Effloreszenzen, angeblich auch früher stets erscheinungsfrei gewesen. Polyskleradenitis, WR in 3 Extrakten stark positiv. Im Dunkelfeld untersuchter Eiter aus einer Effloreszenz enthielt massenhaft Spirochaet. pertenuis. Nach der 5. Neoarsphenamininj. (zus. 5,1 g) rapider Rückgang aller Erscheinungen. F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Beobachtungen und Überlegungen über die Ätiologie der Pellagra (Observations and Reflections on the Etiology of Pellagra), von J. W. Jobling-New York und L. Arnold-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 6, S. 365—368.) In den Vereinigten Staaten war von 1909—1913 eine merkliche Zunahme und nach dieser Zeit eine rasche Abnahme der Erkrankungsziffern zu verzeichnen. Von der Überlegung ausgehend, daß photodynamische Substanzen im Darm eine Rolle bei der Entstehung der Pellagra spielen könnten, haben Verff. Untersuchungen angestellt und aus den Fäzes Pellagrakranker photodynamische Stoffe isoliert, die Mäusen eingespritzt wurden. Wurden diese Mäuse dem Sonnenlicht ausgesetzt, so zeigten sich Veränderungen an den Ohren, die teilweise zum Verlust der Ohrmuschel führten. Die Verff. betonten, daß sie mit ihren Versuchen nicht restlos die Ätiologie der Pellagra geklärt wissen wollen, sondern diese nur eine Anregung zu weiteren Nachforschungen sein sollen.

F. Quasig-Hamburg.

Endokrine Störungen.

Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, von Jordan und Selitzki. (Wratschebnoje Djelo, 1922, Nr. 21—26.) Eigene Beobachtung bei einer 24jähr. ledigen Bäuerin, bei der sich zur Zeit der unregelmäßig auftretenden Menses jedesmal ein Ausschlag einstellte. Derselbe trat das eine Mal in schwerer, fast über den ganzen Körper ausgebreiteter Form, verbunden mit Temperatursteigerung, Quaddelbildung und Nässen auf, das andere Mal als Herpes simplex. Verff. zählen die Dermatitis dysmenorrhoica zu der großen Gruppe der Menstrualausschläge und erklären dieselbe durch angioneurotische und angiosekretorische Störungen verursacht. Pat. schien durch Arsenikinjektionen eine Besserung ihres Leidens zu erfahren. A. Jordan-Moskau.

Pigment.

Über das sogenannte Lipofuscin, von O. Lubarsch. (Virchows Arch., Bd. 239, H. 3.) Lubarsch kann die Angaben Huecks bezüglich des verschiedenen Verhaltens des Melanins und „Lipofuscins" zum salpetersauren Silber nicht bestätigen, soweit es wenigstens das Leber- und Nebennierenpigment betrifft. Im Gegensatz zu Hueck konnte er feststellen, daß auch das braune Pigment geschwärzt wird, besonders bei Anwendung der Methode der Gitterfaserimprägnierung nach Bielschowski-Maresch. Auch hinsichtlich der Bleichbarkeit des Lipofuscins konnten wesentliche Unterschiede gegenüber dem echten melanotischen Pigment nicht festgestellt werden, und Lubarsch kam zu dem grundsätzlichen Ergebnis, daß das braune Pigment nicht schwerer bleichbar ist als das melanotische. Lubarsch schließt aus diesen Resultaten, daß auch die von Hueck noch für wesentlich gehaltenen Unterschiede zwischen beiden Pigmenten keine notwendigen und grundsätzlichen sind, sondern daß es sich, soweit überhaupt Unterschiede bestehen, lediglich um Graduntersciede handelt. Bezüglich der Fettfarbstoffe hat Lubarsch festgestellt, daß in kaum einem einzigen Organ die Fettfärbung gleichmäßig und ständig positiv ausfällt. Auch Schmidtmann konnte diese schon früher von ihm vertretene Ansicht bestätigen, daß der Ausfall der Fettfärbungen äußerst launenhaft ist, und daß es sich bei der auffallenden Eigenschaft der in Betracht kommenden Pigmente um mehr oder weniger feste mechanische und chemische Verbindungen zwischen Pigment und Lipoiden, aber nicht um eine Weseneigentümlichkeit der Pigmente handelt. Alle Untersuchungen zeigen, daß nirgends ein ständiges Verhältnis zwischen Fett und Pigment vorhanden ist. Lubarsch fand ferner, daß sowohl im Dünn- wie im Dickdarm sehr häufig neben dem Hämosiderinpigment eine in die Melaningruppe hineingehöriges Pigment vorkommt, besonders bei alten kachektischen Personen, so daß also auch hier wieder Beziehungen zu Abbauvorgängen vorhanden sind. Man sollte deshalb die Bezeichnung Lipofuscin und Lipomelanin fallen lassen. Lubarsch schlägt für die Einteilung der Pigmente folgendes Schema vor: 1. Die hämoglobinogenen Pigmente, 2. die proteinogenen Pigmente, 3. die lipoidogenen Pigmente, zu denen wir vorläufig nur die wirklichen Lipochrome rechnen. E. Meirowsky-Köln.

Zur Pigmentfrage, von B. Brahn und M. Schmidtmann, Path. Institut Berlin. (Virchows Arch., Bd. 239, H. 3.) Brahn und Schmidtmann zeigten, daß das aus braunatrophischen Organen hergestellte Abnutzungspigment sich in seinem chemischen und physikalischen Verhalten in nichts von dem auf gleiche Weise gewonnenen Melanin

Digitized by Google

unterscheidet und daß deshalb die Einteilung der autochthonen menschlichen Pigmente in zwei wesensverschiedene Gruppen hinfällig ist. Da nun die Elementaranalysen verschiedener Melanine in ziemlich weiten Grenzen schwanken, ist das, was als Melanin bezeichnet wird, nicht ein einfacher chemischer Körper, sondern eine Gruppe, deren Glieder gewisse Abweichungen, aber auch eine Reihe charakteristischer Eigenschaften besitzen. Außer dem negativen Eisenbefund ist der Gehalt an Schwefel eine dieser gemeinsamen chemischen Eigenschaften. Auch das aus braun-atrophischen Organen hergestellte Pigment zeigt die gleiche Übereinstimmung. Diese erstreckt sich auch auf die Phosphorsäure, deren Nachweis deshalb von besonderer Bedeutung ist, weil dadurch die Melanine in Beziehung zu den Kernsubstanzen treten. Im Gegensatz zu Hueck wollen die Verff. die autogenen Pigmente nicht mehr voneinander trennen. Sie teilen deshalb die endogenen menschlichen Pigmente in solche ein, die sich vom Blutfarbstoff ableiten, und in die autochthonen Pigmente oder Melanine; zu letzteren gehören auch das epitheliale und das Abnutzungsmelanin. E. Meirowsky-Köln.

Über den Chemismus und die Biologie des menschlichen Hautpigments, von G. O. E. Lignac-Leiden. (Virchows Arch., 1923, Bd. 240, H. 3, S. 383.) Im ersten Teile seiner Arbeit bespricht Verf. die verschiedenen Methoden zum Nachweis des Hautpigments und der Trennung der verschiedenen Melaninarten voneinander, von denen drei zu unterscheiden sind, und zwar 1. das normale menschliche Melanin, 2. das unter pathologischen Umständen gebildete Melanin, 3. das künstlich erzeugte Melanin. Folgende Ergebnisse sind anzuführen: 1. Die chemische Isolierung und Analyse des Melanins. Diesen Untersuchungen begegnen sehr große Schwierigkeiten. 2. Der Nachweis der Gleichheit künstlicher Melanine mit den menschlichen konnte nicht erbracht werden (Tyrosin). 3. Die Spezifität der Dopaoxydase ist nicht erwiesen. 4. Bedeutung der chemischen Konstitution des Hautpigments. Nachweis von vier chemischen Phasen bei der Pigmentierung. Erste Phase die der oxydablen Mutterstoffe, zweite die der Farbstoffteilchen, dritte nur in den regionären Lymphdrüsen nachweisbar und künstlich durch H_2O_2 aus dem Melanin zu erhalten und die vierte die der farblosen Abbauprodukte des Melanins. In dem zweiten biologischen Teil beschäftigt sich Verf. vor allem mit den Meirowskyschen Pigmentierungsversuchen. Rete Malpighi ist der Ort der Pigmententstehung, in den Coriumzellen wird Pigment nicht gebildet. In der lebenden Haut kann man bis jetzt mit Sicherheit keine oxydierenden und anderen Fermente annehmen. Durch Meirowskys Feststellung ist eine Umwandlung von Kernbestandteilen im Pigment, ein Dissimilationsprozeß, wahrscheinlich. Außerdem kann der Pigmentmutterstoff den Epidermiszellen auch auf dem Lymph- und Blutwege zugeführt werden. Auf demselben Wege findet auch ein Abtransport statt. Die Rolle der Chromatophoren ist noch nicht völlig geklärt. Die schützende Bedeutung des Hautpigments ist sicher.

E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Unter der Redaktion von Prof. S. Matsumoto in Kyoto erscheint seit Anfang d. J. eine neue Zeitschrift, Acta Dermatologica, welche auch Arbeiten in deutscher, englischer und französischer Sprache zuläßt.

Prof. Bodo Spiethoff, Direktor der Hautklinik in Jena, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Der mit dem Titel eines ao. Professors bekleidete Priv.-Doz. Dr. Leopold Arzt, Assisstent der Klinik Riehl in Wien, wurde zum unbesoldeten ao. Professor ernannt.

Priv.-Doz. Dr. Rudolf Müller, Assistent der Klinik Finger in Wien, erhielt den Titel eines ao. Professors.

Gestorben: Dr. Edward A. Fischkin, vormals Professor der Dermatologie am Bennett Medical College in Chicago;

Dr. John Grant Burke, gewesener Demonstrator für Dermatologie am Western Pennsylvania Medical College in Pittsburgh. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. September 1923 | Nr. 37 | Band 77

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Lemberg (Vorstand: Prof. Dr. W. Lukasiewicz).

Über Blutsenkungsgeschwindigkeit und Bluteosinophilie bei akuter Gonorrhoe.

Von

Dr. H. Mierzecki, Assistent.

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit, die Nachfolgerin der Galenschen „Crusta phlogistica" hat im letzten Quinquennium viel Aufsehen und Hoffnungen erregt. Alle Zweige unserer Disziplin haben sich mit diesem Phänomen befaßt, und jeder Zweig zeigte seine Optimisten und Pessimisten. Im allgemeinen lauten jetzt die klinischen Berichte ziemlich resigniert, ja, es fehlen nicht Stimmen (Caspari, Eliasberg, Fiegel (1)), daß die SG. das Schicksal der vergessenen „Crusta sanguinis" teilen wird, wiewohl auch von denen ganz ihr diagnostischer Wert nicht abgesprochen werden kann.

Wenn also die SG. für die Klinizisten nicht mehr dasselbe Interesse wie einst bietet, so blieb sie doch für die Klinik selbst nicht ohne Bedeutung. Groß dagegen und wach bleibt stets das Interesse für die bis nun noch immer nicht geklärte und interessante Theorie dieses Phänomens.

Durch Nathan und Herold (2), Popper und Wagner (3), Schönfeld (4), Baetzold (5), Mayr (6), Pewny (7), wurde die Erhöhung der SG. als ziemlich konstante Erscheinung der Lues (zwischen 80—100 %) festgestellt. Die Ergebnisse dagegen bei der Gonorrhoe und speziell bei der nicht komplizierten lauten ziemlich negativ, und so fand Pewny in den 6 untersuchten nicht komplizierten gonorrhoischen Fällen keine Beschleunigung der SG. Mayr fand sie dagegen in seinen 52 Untersuchungen kaum in 25 % der Fälle. Nichtsdestoweniger habe ich weitere Versuche angestellt, gestützt auf die Untersuchungen Lehrs (8), der eine Beschleunigung der SG. bei sämtlichen entzündlichen lokalen Prozessen fand, sogar bei den steril gesetzten und steril heilenden Wunden.

Pewny und Mayr gebrauchten zu ihren Versuchen die Plautsche Methode und lasen die Erfolge, der erstere nach 20 Minuten, der zweite nach 1 Stunde beziehungsweise nach 12 Stunden ab. Zu meinen Versuchen wurde die bequemere Linsenmeiersche Versuchsanordnung in Bearbeitung Frisch und Starlinger (9) eingehalten.

Zu 0,8 ccm des durch Venaepunktion genommenen Blutes wurde 0,2 ccm 5 % Natrium citricum in Röhrchen von 1,0 ccm Inhalt und 5 mm lichter Weite zugefügt und gut durchgemischt. Die Röhrchen wurden von der obersten Marke (1 ccm) nach unten in Abständen von 6, 12,

Digitized by Google

18 mm graduiert. Die Zeit, in der der Spiegel des roten Blutkörperchensediments die einzelnen Marken erreicht hat, wurde in Minuten abgelesen. Das arithmetische Mittel der ermittelten drei Abschnittswerte für 6, 12 und 18 mm wurde als Senkungsmittelwert (DSMW) abgelesen.

Meine Untersuchungen wurden am männlichen Material der Klinik zwischen 19.—35. Lebensjahr angestellt. Insgesamt wurden 200 Blute untersucht, und zwar 123 bei Urethritis gonococcica, 50 Urethritis postgonococcica und 20 bei Urethritis non gonococcica, wobei in sämtlichen Bluten natürlich vor der Untersuchung Lues und Tbc. ausgeschlossen wurden. Als Kontrollblut wurde das Blut Gesunder (3), Lupus vulgaris (2) und Psoriasis (1) verwendet.

Mit Frisch und Starlinger nahm ich als Abgrenzung des pathologischen Zustandes vom Normalzustand den Senkungsmittelwert 200, obwohl auch in meinen Untersuchungen die Durchschnittswerte des Normalen sogar 400 überschritten haben.

Das Material wurde in drei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe umfaßte die Blutuntersuchungen bei Urethritis gonococcica acuta, die zweite Gruppe Urethritis postgonococcica (wo eine überstandene Injektion festgestellt wurde, die aber weder im Mikroskop noch im Nährboden der Gonokokken auffindbar war), die dritte Gruppe umfaßte Blutuntersuchungen bei Urethritis non gonococcica, wo trotz genauer mikroskopischer Untersuchungen der Diplococcus Neisseri nicht beobachtet werden konnte.

In der ersten Gruppe wurde eine Beschleunigung der SG. in 82 Fällen also etwa 68 % beobachtet. Trotz Anwesenheit des Gonokokkus war die SG. normal in 41 Fällen (etwa 34 %). Der DSMW betrug 30—190 Minuten. Der DSMW erschien ganz unabhängig von der Intensität der Entzündung, schien aber von der Zeit der Infektion abhängig zu sein. Und so konnte in der ersten Woche der Infektion ein pathologischer DSMW in 12 Fällen (41,3 %), in der zweiten Woche in 16 Fällen (58,7 %), und nach der zweiten Woche in 56 Fällen (80 %) beobachtet werden. Der Unterschied von der SG. des normalen Blutes ist nicht besonders groß. Kaum in 20 Fällen (21,7 %) war der DSMW unter 100, und zwar in der ersten Woche 3 Fälle, in der zweiten Woche 2 Fälle, im ersten Monate 5 Fälle, nach einem Monate 10 Fälle. Sowohl also die Häufigkeit der Beschleunigung, wie auch der DSMW scheint nicht von der Intensität, sondern von der Dauer der Entzündung abhängig zu sein. Obwohl ja auch hier Ausnahmen waren, und so zeigte ein Fall schon 3 Tage nach der Infektion einen DSMW 46, wo sonst keine Ursache für eine Beschleunigung der Sedimentierung festgestellt werden konnte.

Daß im Laufe der Entwicklung einer Krankheit die Beschleunigung der Sedimentierung wachsen kann, ist wohl bekannt. Und so konnten Nathan und Herold eine normale Sedimentierung bei der seronegativen Lues beobachten, wo doch sonst die pathologische Sedimentierung als ziemlich konstante Erscheinung (Mayr bis 100 %) der Lues auftreten kann.

Ähnliche Beobachtungen habe ich auch im Verlaufe der akuten Gonorrhoe beobachtet.

Prot. 40, Ek., 20 Jahre alt, Infektion vor 5 Wochen. 2. III. Ausfluß schleimig eitrig, Urin I trüb, II klar, Gon. + im Präparat und Nährboden. Sedimentierung: 0,6—60,

Digitized by Google

0,12—180, 0,18—480, DSMW 206. 10. III. Ausfluß schleimigeitrig, Urin I trüb, II klar, Prost. norm., Gon. +. Sediment 0,6—20, 0,12—70, 0,18—300, DSMW 130.

Prot. 83, Jd. 25 Jahre alt, Infektion vor einer Woche. 19. III. eitriger Ausfluß, Urin I trüb, II klar, Gon. + im Präparate und Nährboden. Sediment 0,6—60, 0,12—120, 0,18—480, DSMW 220. 25. III. eitriger Ausfluß. Urin I trüb, II klar, eitriger Ausfluß, Gon. + Sediment 0,6—45, 0,12—75, 0,18—400. DSMW 170. 8. IV. Ausfluß schleimigeitrig, Urin I trüb, II klar, Gon. +, Sediment 0,6—35, 0,12—65, 0,18—420, DSMW 171.

Prot. 101., Kl. L., 24 Jahre alt, Infektion vor 6 Tagen. 23. III. eitriger Ausfluß, Urin I trüb, II klar, Gon. + im Präparate und Nährboden. Sediment 0,6—70, 0,12—120, 0,18—265, DSMW 265. 4. IV. eitriger Ausfluß, Urin I trüb, II klar, Gon. +, Sediment 0,6—35, 0,12—75, 0,18—220, DSMW 110.

Prot. 158, Ku. J., 26 Jahre alt, Infektion vor 7 Tagen. 13. IV. eitriger Ausfluß, Urin I trüb, II klar, Gon. + im Präparate und Nährboden. Sediment 0,6—120, 0,12—275, 0,18—540, DSMW 295. 16. IV. eitriger Ausfluß, Urin I trüb, II klar, Gon. +, Sediment 0,6—60, 0,12—120, 0,18—420, DSMW 206. 22. IV. eitriger Ausfluß, Urin I trüb, II klar, Gon. +, Prost. norm., Sediment 0,6—50, 0,12—120, 0,18—230, DSMW 130.

Der Übergang der normalen Sedimentierung in die pathologische findet in den angeführten Fällen in der 6., 3. und 2. Woche statt.

Eine umgekehrte Erscheinung kann aber während der Genesung der Gonorrhoe beobachtet werden, die besonders in zwei bereits schon oben angeführten Fällen zum Vorschein kam.

Prot. 40, Ek., Infektion vor 5 Wochen. 2. III. Sediment 0,6—60, 0,12—180, 0,18—480, DSMW 206. 10. III. Sediment 0,6—20, 0,12—70, 0,18—300, DSMW 130. 27. IV. Sediment 0,6—75, 0,12—180, 0,18—700, DSMW 318 (also 12 Wochen nach der Infektion) bei klarem Urin und Gon. —, sowohl im Präparat wie auch im Nährboden.

Prot. 101, Kl., Infektion vor 6 Tagen. 23. III. Sediment 0,6—70, 0,12—120, 0,18—540, DSMW 265. 4. IV. Sediment 0,6—35, 0,12—75, 0,18—220, DSMW 110. 1. V. Sediment 0,6—75, 0,12—255, 0,18—300, DSMW 210 (also 7 Wochen nach der Infektion) bei klarem Urin und Gon. —, sowohl im Präparat wie auch im Nährboden.

Prot. 138, Pj., 26 Jahre alt, Infektion vor 2 Monaten. 9. III. eitrigschleimiger Ausfluß, Urin I und II trüb, Gon. +, Prost. norm., Sediment 0,6—20, 0,12—50, 0,18—90, DSMW 80. 6. IV. Sediment 0,6—45, 0,12—100, 0,18—480, DSMW 208, schleimiger Ausfluß, Urin I und II klar, Gon. —.

Prot. 106, Bk., 18 Jahre alt, Infektion vor 3 Monaten. 24. III. eitrigschleimiger Ausfluß, Urin I und II trüb, Prost. norm., Gon. +, Sediment 0,6—65, 0,12—120, 0,8—240, DSMW 141. 16. IV. schleimiger Ausfluß, Gon. +, Urin I und II leicht trüb, Sediment 0,6—100, 0,12—140, 0,18—300, DSMW 196. 28. IV. schleimiger Ausfluß, Urin I und II klar, Gon. —, Sediment 0,6—80, 0,12—140, 0,18—420, DSMW 213.

Die zweite Gruppe umfaßte 50 Fälle, von denen 47 eine normale (DSMW über 200) und nur 3 Fälle eine pathologische Sedimentierung (DSMW unter 200) aufweisen konnte.

Prot. 13., Fs., 25 Jahre alt, Infektion vor 8 Wochen. 13. II. schleimiger Ausfluß, Urin I und II klar, Gon. — im Präparate und Nährboden. Sediment 0,6—30, 0,12—45, 0,18—110, DSMW 62. 20. II. schleimiger Ausfluß, Urin I und II klar, Gon. —, Sediment 0,6—30, 0,12—45, 0,18—145, DSMW 70. Stat. intern. (Med. Univ.-Kl.): Induratio apic. dextr., Concret. pleur. sin., Emphysema vicar.

Prot. 81, K., 21 Jahre alt, Infektion vor 7 Monaten. 15. III. spärlich schleimiger Ausfluß, Urin I und II klar, Gon. —, Sediment 0,6—50, 0,12—90, 0,80—125, DSMW 81. Stat. int. (Med. Univ.-Kl.): Apicitis dextra pulm.

Prot. 34, Sz., 24 Jahre alt, Infektion vor 6 Monaten. 20. II. spärlich schleimiger Ausfluß, Urin I und II klar, Gon. —, Sediment 0,6—85, 0,12—105, 0,18—310, DSMW 160. Stat. chir. (Chirurg. Abt. des Spitals): Tbc. ossis.

Der Übergang der pathologischen in die normale Sedimentierung findet auch gewöhnlich nicht rapid, sondern ziemlich langsam statt. Von den 50 postgonorrhoischen Urethritiden zeigten 20 Fälle einen DSMW 200 bis 250 (von diesen waren 13 Fälle 3 Monate und 7 Fälle über 3 Monate

Digitized by Google

nach der Infektion) und 30 Fälle einer DSMW über 250 (von denen waren 16 Fälle 3 Monate und 14 Fälle über 3 Monate nach der Infektion).

Natürlich wurden auch hier Fälle mit einem anderen Verlauf beobachtet, und so zeigte uns ein Fall schon 2 Monate nach der Infektion einen DSMW 410 und 3 Monate nach der Infektion einen DSMW 576, während ein anderer Fall 9 Monate nach der Infektion einen DSMW 210 zeigte. Es ist ja ganz wahrscheinlich, daß die Rückkehr der Sedimentierung zur Norm nicht von der Zeit der Infektion, sondern der Rekonvaleszenz abhängig ist, diesbezügliche Nachforschungen blieben aber ohne Resultat.

Die dritte Gruppe umfaßte 22 Fälle Urethritis non gonococcica, bei welchen die Infektion von einer Dauer von 2 Wochen bis 5 Jahre war. Die untersuchten Fälle waren hauptsächlich Studenten, bei denen ich mit sehr großer Wahrscheinlichkeit eine übergangene Gonorrhoe ausschließen konnte. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung zeigte die Anwesenheit der Strepto- und Staphylokokken und Bacterium coli. Nur in 2 Fällen wurde eine Beschleunigung der SG. beobachtet, eine nur unbedeutende (DSMW 183) bei einer zweiwöchentlichen Infektion mit Strepto- und Staphylokokken im Ausfluß und eine bedeutende (DSMW 83) bei einem 14jährigen Burschen mit einer 6 Monate alten Bakteriurie (Bact. coli im Ausfluß). Der Rest der Fälle (20) zeigte keine Beschleunigung der SG. Der DSMW betrug in 2 Fällen 300, in 3 Fällen unter 350, 15 Fälle über 350 und 6 über 400.

Der Unterschied zwischen der Sedimentierung der Urethritis gonococcica und non gonococcica wäre somit in unserem Material bedeutend. Einen wesentlichen Unterschied konnte ich beobachten auch zwischen der Sedimentierung der Urethritis postgonococcica und Urethritis non gonococcica. Während der Unterschied zwischen der Sedimentierung der Urethritis gonococcica und postgonococcica nicht allzu groß war, da 40% der Fälle einen DSMW von 200—250 zeigten, so konnte ich bei der Urethritis non gonococcica einen DSMW von 200—250 in keinem, 250—300 in 10% und über 300 dagegen in 90% der Fälle beobachten.

Die Kontrollfälle gaben einen DSMW 280, 340 und 410 bei gesunden, 75, 120 bei Lupus und 145 bei Psoriasis numularis.

Die auf unserem Material gemachte Beobachtung, daß die Beschleunigung der SG. als stärkste und öfterste Begleiterscheinung der gonorrhoischen Blute erst zwei Wochen post infectionem auftreten kann, erinnerte mich an die Untersuchungen Vorbach, Seifert, Eugenios (10), Sarras (11) u. a., die bei der akuten nicht komplizierten Blennorrhoe festgestellt haben, daß α-Zellen, die in der ersten Woche sehr spärlich sind, erst in der zweiten Woche an Zahl zunehmen, und zwar parallel mit der Intensität des entzündlichen Prozesses. Die Eosinophilie im Blute tritt daher zutage, nachdem die Eiterung schon eine Zeitlang gedauert hat (Schwarz (12).

Es schien mir also sehr verlockend, Versuche anzustellen, in der Erwägung, feststellen zu können, ob wir nur mit einem Parallelismus, oder gar mit einer Koinzidenz der Beschleunigung der SG. und Eosinophilie zu tun haben. Die Versuche schienen mir insofern aussichtsreich,

Digitized by Google

als ja die Theorie bei diesen Erscheinungen nicht genügend geklärt ist und nach manchen Autoren das ursächliche Moment beider Phänomene gleich oder ähnlich ist. Und so lösen z. B. die einen (Starlinger u. a.) das Problem der SG., indem sie es an Eiweißabbauprodukte knüpfen, die anderen dagegen (Leedeerts (13)), indem sie es mit immunisatorischen Vorgängen in Zusammenhang bringen. Eiweißabbau wird auch wie bekannt als Ursache der Eosinophilie angenommen (Schwarz). Schilling (14) dagegen hofft durch die Übereinstimmung der neuen theoretischen Betrachtungen über Eosinophilie, mit den lang bekannten klinischen Tatsachen der Eosinophilie die Anaphylaxie und Immunfermentbildung zu klären.

Zur Untersuchung gelangten 50 Fälle, und zwar 23 Urethritis gonococcica acuta, 4 Urethritis postgonococcica und 3 Urethritis non gonococcica. Die SG. wurde ähnlich wie in den vorigen Untersuchungen festgestellt. Die Prozentzahl dagegen der α-Zellen wurden durch Differentialrechnung der Leukozyten an Trockenpräparaten bestimmt. Die Präparate wurden mit May-Grünwald- und Giemsa-Lösung (Grübler) gefärbt und bis 200 gezählt. Als normale Mittelwerte wurden 3 % resp. 4 % angesehen.

Das gonorrhoische Material wurde ähnlich wie in den vorigen Versuchen in zwei Gruppen geteilt, wobei die erste Gruppe diese Fälle umfaßte, bei denen die Infektion nicht zwei Wochen überschritt und die zweite Gruppe, wo sie diese Frist bereits überschritten hat. Die erste Gruppe umfaßte 13 Fälle, eine Beschleunigung der SG. wurde in 4 Fällen (etwa 36,6 %) festgestellt, Eosinophilie über 3 % stellte sich in zwei Fällen, dagegen über 4 % in einem Falle fest. Eine Übereinstimmung der Eosinophilie und der SG. wurde in einem positiven Falle (Eos. 3 ½ %) ersichtlich. Eine akute Gonorrhoe (eine Woche post infect.) zeigte eine bedeutende Eosinophilie (6 %), wobei aber der SMW 315 betrug. Zwei weitere Fälle stimmten negativ überein.

Die zweite Gruppe umfaßte 30 Fälle, eine Beschleunigung der SG. wurde in 20 Fällen (etwa 66,6 %) festgestellt. Eosinophilie über 3 % wurde in 16 (etwa 53,3 %), über 4 % in 10 (etwa 33,3 %) Fällen beobachtet. Eine positive Übereinstimmung der SG.-Eosinophilie wurde (Eos. über 3 %) in 11 Fällen (etwa 36,6 %), dagegen (Eos. über 4 %) in 6 Fällen (etwa 20 %) bemerkt. Eine negative Übereinstimmung dagegen wurde (Eos. bis 3 %) in 5 Fällen resp. (Eos. bis 4 %) in 8 Fällen beobachtet. Die Übereinstimmung der SG. und Eosinophilie bei der über 2 Wochen alten Gonorrhoe betrug somit 53,3 % der Fälle (Eos. 3 %), resp. 49,2 % (Eos. 4 %). Die Gesamtübereinstimmung dagegen der SG. und Eosinophilie des ganzen unsrigen gonorrhoischen Materials betrug 60 % (Normalwert Eos. 3 %) resp. 55,8 % (Normalgrenze Eos. 4 %).

Interessant sind die negativen Ergebnisse der übereinstimmenden Fälle, da wir in denselben sowohl Fälle, die kaum ein paar Tage nach der Infektion, wie auch 5 Wochen (Fall 250, SGMW 267, Eos. 3 %), 2 Monate (Fall 254, SGMW 278, Eos. 3 ½), ja sogar 4 Monate (in steter Beobachtung Fall 238, SGMW 200, Eos. 2 %) waren, beobachten konnten.

Nicht minder interessant sind die nicht übereinstimmenden Ergebnisse, und so zeigte Prot. 243 eine Ureth. gonoc. mit vorhandenen im Ausflusse Gk. einen Monat nach der Infektion SGMW 235, wo die Eosino-

Digitized by Google

philie bereits 6% betrug, oder Prot. 251, 8 Wochen nach der Infektion SGMW 288 bei 8% Eosinophilie, oder Prot. 257, 5 Wochen nach der Infektion SGMW 268 bei 6% Eosinophilie. Es konnten auch dagegen Fälle beobachtet werden, wo bei vorhandener SG-Beschleunigung der Prozentsatz der Eosinophilie normal war, und so betrug (Prot. 237) bei einer 4wöchentlichen Infektion die SGMW 153, während eine ½% ige Eosinophilie aufzufinden war, oder (Prot. 245) bei einer 5wöchentlichen Infektion, wo die SGMW 35, während die Eosinophilie 3% betrug, ja sogar bei einer 3monatlichen Infektion war der Prozentsatz der Eosinophilie normal (2½%) bei einem SGMW 164.

Ich konnte ferner beobachten, daß die Eosinophilie bei der akuten Gonorrhoe oft auch von einer Lymphozytose begleitet war. In 5 Fällen, wo der Eosinophilie-Prozentsatz 6 betrug, zeigten die Lymphozyten 32, 33, 51, 29 und 30%. In zwei Fällen, wo der Eosinophilie-Prozentsatz 8 betrug, zeigten die Lymphozyten 28 und 44%, in dem einen Falle endlich, wo der Eosinophilie-Prozentsatz 12% betrug, zeigten die Lymphozyten 36%. Natürlich gab es auch hier Ausnahmen: So zeigte eine 4 Wochen alte Infektion 35% Lymphozyten bei 2% Eosinophilie und SGMW 145.

Die Ureth. postgon. (4 Fälle) zeigten weder eine BSG, noch eine Eosinophilie, nur in einem Falle wurde bei normaler Eosinophilie und normalem SMW eine Lymphozytose (32%) beobachtet. Die Urethritis non gonococcica (3 Fälle) gab nur in einem Falle eine unbedeutende DSG (DSMW 170) bei 2½ Eosinophilie und 46% Lymphozyten. Eosinophilie wurde nicht beobachtet.

Meine Untersuchungen führten mich somit zu folgenden Ergebnissen: Die Beschleunigung der Blutsenkungsgeschwindigkeit tritt in einem hohen Prozentsatz der Fälle als begleitende Erscheinung der akuten Gonorrhoe auf. Die Sedimentierung ist dem oberflächlichen Charakter (JADASSOHN (15)), der lokalbeschränkten Entzündung und der kleinen Gewebsdestruktion gemäß eine nicht allzu große, ihr DSMW befindet sich in 80% der Fälle ziemlich dicht an der Grenze der pathologischen und normalen Sedimentierungsgrenze, die Beschleunigung der SG. wurde besonders oft nach der zweiten Woche der Infektion und später beobachtet. Um diese Zeit wurde auch ein Anwachsen der DSMW bemerkt. Der Übergang der normalen in die pathologische Sedimentierung kann im Verlaufe der Gonorrhoe beobachtet werden und ist nicht von der Intensität der Entzündung abhängig. Die postgonorrhoischen Urethriten zeigten keine Beschleunigung der SG. Ihr DSMW befindet sich ziemlich dicht an der Grenze der normalen und pathologischen Sedimentierung, überschreitet jedoch stets die Ziffer 200. Die nicht gonorrhoische Urethritis zeigte keine Beschleunigung der SG. in 90% der Fälle, ihr DSMW ist weit von der pathologischen und normalen Sedimentierungsgrenze entfernt. Der kleinen Anzahl der untersuchten (22) Fälle wegen verlangt diese Beobachtung noch Bestätigung. Die Aufmerksamkeit wird auf das Verhalten der Eosinophilie und Lymphozytose und ihr Verhalten zur Sedimentierung gelenkt.

Wenn es auch verfrüht wäre, aus einer solchen Anzahl von Untersuchungen bindende Schlüsse ziehen zu wollen, und das Hauptziel meiner Arbeit anfänglich in der Beleuchtung der Verhältnisse der SG. bei der

Digitized by Google

akuten Gonorrhoe bestand, so haben die dabei zu Tage getretenen unleugbaren Symptome gleichzeitiger Eosinophilie und beschleunigter Sedimentierung zu einem Anschneiden dieses Themas gedrängt und kann schon heute auf Grund des bisherigen Materials mit größter Wahrscheinlichkeit die Vermutung ausgesprochen werden, daß die in einem so großen Prozentsatz der Fälle (55,8 %) wahrgenommene kein bloßer Zufall ist, sondern auf einem tieferen, beide Phänomene (SG. und Eosinophilie) verursachenden Prozeß bei der Gonorrhoe beruht. Der scheinbare Widerspruch, der darin läge, daß z. B. bei Tbc. die BSG ohne konkomitierende Eosinophilie vorliegt, läßt sich leicht dadurch erklären, daß ja sowohl die Eosinophilie wie auch die SG. keine einheitlichen Prozesse sind, sondern wahrscheinlich bei verschiedenen Krankheitsprozessen auf jeweils verschiedenen Mechanismen beruhen.

Literatur:

1. Caspari, Eliasberg, Fiegel, Klin. Wschr., 1923, Bd. 9. — 2. Nathan, Herold, B. kl. W., 1921, Bd. 24. — 3. Popper und Wagner, M. Kl., 1920, Bd. 36. — 4. Schönfeld, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136/1. — 5. Betzold, M. m. W., 1922, Bd. 23. — 6. Mayr, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 4. — 7. Pewny, Derm. W., 1922, Nr. 23. — 8. Lehr, Zbl. f. Chir., 1921, Bd. 35. — 9. Frisch und Starlinger, M. Kl., 1921, Bd. 38 und 39. — 10. und 11. Eugenin, Sarbas (nach Schwarz). — 12. Schwarz, Die Lehre von der allgemeinen und örtlichen Eosinophilie, Lubarsch, Ostertag, 1914. — 13. Leedertz, D. Arch. f. kl. Med., 1921, Bd. 137, Nr. 3 und 4. — 14. Schilling, Leukozyten, Leukozytose und Infektionskrankheiten, 1922, Brucksche Ergebnisse der gesamten Medizin. — 15. Jadassohn, Handb. d. Geschlechtskrkh., 1910.

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Budapester Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Török).

Toxisches Erythem und Herpes zoster nach intramuskulärer Bismutinjektion.

Von

Dr. Emerich Lehner, Assistent.

S. G., 49jähriger Pat., der an Tabes dorsalis incipiens (WR positiv) leidet, erhielt am 6. VI. 1923 vormittags von dem ihn behandelnden Arzte eine intramuskuläre Injektion von 2 ccm „Bismoluol-Richter" (10%ige Dikaliumbismuttartaratsuspension in Olivenöl). 6 Uhr abends steigt die Temperatur unter Schüttelfrost, Kopfschmerz, Unwohlsein auf 38° C.

Am 7. VI. früh fühlt sich der Kranke wohl und ist fieberfrei. Abends juckt es ihn am ganzen Körper; beide Unterextremitäten, besonders in den Kniegelenksgegenden, sind äußerst schmerzhaft.

Am 8. VI. entstand am Körper ein Erythem und in der rechtsseitigen Glutäalgegend ein Herpes zoster. Am ganzen Körper, speziell an der Streckseite der Extremitäten, am Rücken, der Brust und am Gesicht ist ein blaßrotes, an den meisten Stellen konfluierendes, nicht ödematöses Erythem sichtbar, welches am Stamm stecknadelkopf- bis linsengroße, vereinzelt stehende Flecken bildet. Der Ausschlag juckt nicht. Das rechtsseitige Kniegelenk und der Oberschenkel sind angeschwollen, auf Druck und Bewegung schmerzhaft. Die bedeckende Haut des Kniegelenkes ist in mäßigem Grade hyperämisch. Die aus 8 Bläschengruppen bestehende Zostereruption entstand an der Seite, in welcher Pat. die Bismutinjektion erhielt. Im Urin war Eiweiß in Spuren nachweisbar, Nierenepithel und Nierenelemente wurden nicht gefunden.

Digitized by Google

Das Erythem verschwand nach drei Tagen, am Körper konnte keine nachfolgende Abschuppung beobachtet werden. Am 14. VI. war der Herpes zoster und die rechtsseitige Knie- und Oberschenkelschwellung geheilt; im Urin ist Eiweiß noch in geringen Spuren nachweisbar. Auch am 17. VI. war keine Schuppung sichtbar.

In der Literatur finden sich nur spärliche Beschreibungen ähnlicher Fälle. Pinard und Marassi[1]) veröffentlichen folgenden Fall. Bei einem 34jährigen Manne entwickelte sich nach 13, in wöchentlichen Abständen verabfolgten intramuskulären Injektionen von 0,15 Bismuthydroxyd plötzlich ein, auf dem Stamm lokalisierter, stark juckender Hautausschlag, welcher dem Bilde der nach Quecksilberinjektionen auftretenden Dermatitis exfoliativa entsprach. Gleichzeitig bestand leichte Albuminurie und starker Bismutsaum. Sloth[2]) konnte nach Jod-Chinin-Bismutinjektionen einmal eine leichte Urtikaria beobachten. Gastou und Pontoizeau[3]) beobachteten in einem Falle 2 Tage nach der 3. intravenösen Injektion von 3 ccm kolloidalem Bismut der Firma Robin das Auftreten eines leicht juckenden, papulosquamösen Exanthems, dessen Hauptlokalisation am Rumpf war.

An diese drei Beobachtungen reiht sich unser Fall als vierter. Darüber, daß nach Bismutinjektion ein Herpes zoster entstanden wäre, fanden wir in der Literatur keine Daten.

Der Umstand, daß das Erythem in unserem Falle gleich nach der ersten Injektion entstanden ist, läßt darauf schließen, daß Pat. gegenüber Bismut vererbt überempfindlich ist. Unsere Annahme bestärkte auch die Kutanprobe. An der Stelle, an welcher mit einem Tropfen Bismoluol intrakutan eine Injektion ausgeführt wurde, entstand nach 24 Stunden eine mit Serum gefüllte Blase von 8×4 mm im Durchmesser und unter derselben eine geringgradige Hautnekrose; in der Umgebung hochgradige Hyperämie und straffes Ödem. Bei unseren Kontrollfällen entstand bloß ein seröses Bläschen von 1 mm Durchmesser und bloß auf 4 mm Durchmesser leichte Hyperämie und geringfügiges Ödem. Eine ähnliche Reaktion entstand bei unserem Kranken auch nach kutaner Anwendung von Milanol, ein Beweis, daß er auch gegenüber anderen Bismutsalzen empfindlich ist. Die Einreibung der Bismutsalze in die intakte Haut verursachte keine Reaktion.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zur Frage der Schweißdrüsenadenome, von H. von Meyenburg, Path. Institut Lausanne. (Virch. Arch., Bd. 240, H. 1/2, S. 178.) Die Abhandlung stellt den Versuch einer Vermittelung zwischen den Ansichten von Krompecher einerseits und Ricker und Schwalb andererseits dar betreffs des Baues und Ursprunges von Hidradenomen. Krompecher verlangt für ein echtes Schweißdrüsenadenom außer dem typischen Bau einen organischen Zusammenhang mit solchen Drüsen. Die von Ricker auch als echte Hidradenome angesehenen Geschwülste sind nach Krompechers Ansicht von der Basalzellenschicht der Epidermis abzuleiten und seien daher Basalzellengeschwülste. Der Verf. bespricht Fälle, bei denen der Bau der Geschwülste nur an einigen Stellen in den Schnitten den strengen Forderungen Krompechers entspricht, während andere Schnitte des gleichen Präparates Basalzellengeschwülste darstellen. Krompecher macht einen Unterschied zwischen Hidradenoma und Adenoma hidradenoides. Verf. kommt zu dem Schluß, daß Ricker in der Charakterisierung dieser Geschwülste zu geringe Anforderungen stellt, während Krompecher andererseits einen zu strengen Maßstab anlegt. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

[1]) Referat: Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 7, Nr. 7, S. 425. — [2]) Daselbst Bd. 8, Nr. 5—6, S. 297. — [3]) Daselbst Bd. 8, Nr. 1—2, S. 80.

Digitized by Google

Fibrolipom der linken großen Schamlippe (Fibrolipoma of Left Labium Majus), von W. R. Lovelace-Albuquerque. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 6, S. 375—377.) Kasuistik. F. Quasig-Hamburg.

Eine einfache Methode, Warzen schmerzlos und ohne erhebliche Narbenbildung zu entfernen, von L. Blendermann-Greifswald. (D. m. W., 1923, Nr. 20, S. 650.) Chloräthylvereisung und scharfer Löffel. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Übertragbarkeit der spitzen Kondylome, von L. Waelsch-Prag. (M. Kl., 1923, Nr. 16.) Der Nachweis von spitzen Kondylomen an der Glans eines Mannes und der Portio einer weiblichen Person, mit der er verkehrt hatte (bei beiden keine Zeichen von Tripper), wird als sicherer klinischer Beweis der Kontagiosität der spitzen Kondylome aufgefaßt. Bei dem Manne fanden sich neben typischen spitzen Kondylomen der Glans mehr warzenartige ausgebreitete Wucherungen am inneren Vorhautblatt, wie sie häufig bei Personen vorkommen, die gleichzeitig Warzen an den Händen haben, was hier übrigens nicht der Fall war. Es wird als erwägenswert hingestellt, ob es sich in dem vorliegenden Falle vielleicht nicht um spitze Kondylome, sondern eigentlich um Warzen gehandelt habe, die an der Oberfläche der Glans zu spitzen Kondylomen ausgewachsen waren. In diesem Sinne ließe sich auch die Tatsache verwerten, daß nach Entfernung eines kleinen spitzen Kondyloms und Arseneinspritzungen die übrigen Erscheinungen schnell schwanden, während bei eigentlichen spitzen Kondylomen Arsen unwirksam ist. E. Levin-Berlin.

Elefantiasis am Kongo und der Oncocerca volvulus (L'éléphantiasis au Congo et l'Oncocerca volvulus), von Ouzilleau. (Presse méd., 1923, Nr. 30, S. 618.) Während im allgemeinen die Elefantiasis auf die Anwesenheit der Filaria Bankrofti zurückzuführen ist, hat Verf. in Ober-Ubangi am Kongo das Fehlen dieses Parasiten konstatiert, dafür aber die Entstehung von enormen elefantiastischen Tumoren am Skrotum bzw. den großen Schamlippen durch die Wirkung des Oncocerca volvulus, einer nematodeähnlichen Art, beobachtet. Er hat mit vorzüglichem Erfolg (nach einer hier an Diagrammen erläuterten, verbesserten Methode) operiert und Tumoren bis zu einem Gewicht von 60 kg (!) entfernt, wie an Photogrammen veranschaulicht wird. Die Parasiten erreichen eine Länge von 25—50 cm bei weiblichen Exemplaren bzw. nur 3—4 cm bei den männlichen. Die Embryonen befallen das lymphatische System und erscheinen nur ganz selten im Blute. Die Parasiten sind an zwei Mikrophotogrammen von elefantiastischem Gewebe sehr deutlich demonstriert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Regressive Störungen und Atrophien.

Über Skleroedema (Sclerema) adultorum nach Grippe mit Gewebsveränderungen an den kutanen Nerven, von E. Hoffmann-Bonn. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 963.) Verf. beschreibt 2 Fälle dieses von Buschke zuerst von der Sklerodermie abgetrennten Krankheitsbildes, das durch seine eigenartige vom Hals über Gesicht und Körperhaut sich verbreitende Ausdehnung charakterisiert ist und neben anderen Unterscheidungsmerkmalen gegenüber der Sklerodermie eine sehr günstige Prognose besitzt. Nach Hoffmanns Feststellung tritt das Sklerödem der Erwachsenen in der Mehrzahl der Fälle, so auch in seinen, nach Grippe auf. Besonders bemerkenswert ist, daß Verf. in einem Exzisionspräparat vom 20. Tage nach Beginn der Verhärtung neben Schwellung und Homogenisierung des kollagenen Gewebes, Gefäßwandverdickungen, Fehlen eines Exsudats und Erhaltensein des elastischen Gewebes eine Auflockerung und Quellung der kutanen Nerven fand und ein ausgedehntes perineurales Infiltrat, das besonders stark an den Nervenverzweigungsstellen war. Verf. glaubt, für die Erklärung des Sklerödems eine durch die Primärerkrankung bedingte Alteration der vegetativen Nerven annehmen zu müssen. E. Langer-Berlin.

Über periarterielle Sympathektomie bei Sklerodermie, von Willy Horn-Essen. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 21, S. 831—833.) Bei einer ausgedehnten Sklerodermie am Arm wurde mit gutem Erfolg die Sympathektomie der A. brachialis vorgenommen. F. Landauer-Berlin.

Die Ätiologie der Dupuytrenschen Kontraktur, von A. Schubert, Chir. Univ.-Klinik Königsberg. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 177, H. 5/6.) Erkrankungen wie die Dupuytrensche Kontraktur erscheinen geeignet, um die klinischen Begriffe der Konstitutionsanomalie und das Zusammenwirken von inneren und äußeren Krankheitsursachen einer kritischen Revision zu unterziehen, zumal sich gezeigt hat, wie wenig fruchtbar

Digitized by Google

eine ätiologische Betrachtungsweise sein kann, die das anatomische Zustandsbild der Erkrankung verwertet, ihre Entstehung aber vernachlässigt. Die markantesten Punkte, die für eine konstitutionelle Genese der DUPUYTRENschen Kontraktur sprechen, sind die Vererbbarkeit des Leidens und seine Kombination mit anderen, zweiffellos konstitutionellen Erkrankungen: Gicht, Diabetes, Arthritis deformans, besonders Induratio penis plastica. Für die Erkenntnis der konstitutionellen Momente zu verwerten ist auch die Kombination von DUPUYTRENscher Kontraktur, Penisinduration und Narbenkeloid, mit Rücksicht auf das häufige keloidartige Aussehen von Narben nach Nervenschußverletzungen. Für die örtliche Ursache müssen sich Anhaltspunkte aus dem Sitze der Erkrankung und ihrer meist typischen Ausbreitung ergeben: sie lassen auf eine Ulnarisbeteiligung schließen, und zwar braucht keine typische anatomische Veränderung des Nerven oder seiner Ursprungsgebiete zugrunde zu liegen. Die bisher gegen die neurotrophische Theorie erhobenen Einwände bestehen nicht mehr zu Recht; derartige Störungen brauchen nicht immer Atrophien zu verursachen. Die zentral oder peripher bedingte Ulnarisschädigung erzeugt das klinische Bild der echten DUPUYTRENschen Kontraktur nur, wenn außerdem noch die konstitutionelle Disposition zur Kontrakturausbildung vorhanden ist.

E. Levin-Berlin.

Ein Fall multipler xanthomatöser Granulome der Sehnen, von N. J. KUSNETZOWSKY-St. Petersburg. (Arch. f. klin. Chir., 1923, Bd. 124, H. 1, S. 73.) Verf. stellte als Prosektor in einem wegen Tumor der Sehnen exstirpierten Knötchen ein xanthomatöses Granulom fest. Es handelte sich um einen 40jähr. Mann, der sonst stets gesund, 2 Jahre vorher erstmalig unter der Haut und unter der Skapula multiple Knötchen bemerkte. Gleichzeitig nahm Pat. immer mehr ab. Die Knötchen lagen unter der Haut, mit dieser nicht verwachsen, im Verlauf und an den Insertionsstellen der Sehnen, und zwar immer symmetrisch. Die Sehnen waren operativ vom Tumor nicht abzutrennen, so daß bei der Probeexzision ein Stückchen Sehne geopfert werden mußte. Es wurde ein Tumor festgestellt, der den schon beobachteten, unter dem Namen Myeloxanthom oder auch Xanthosarkom in der Literatur bekannten Sehnentumoren nicht identisch ist, der aber, wie alle Xanthome, wohl durch eine lokale Ausscheidung von Cholesterinverbindungen bedingt ist, wozu anscheinend die Sehnen ähnlich wie die Gefäße besonders inklinieren. Der Cholesterinstoffwechsel war auch in diesem Falle gestört, wie nachträglich festgestellt wurde.

A. Rosenburg-Berlin.

Maligne Neubildungen.

Über den diagnostischen Wert der serologischen Intrakutanreaktion beim Karzinom, von EGON SULGER-Heidelberg. (M. Kl., 1922, Nr. 43, S. 1374—1375.) Der chirurgischen Universitätsklinik von Heidelberg wurden von den Farbenfabriken Bayer & Co., Elberfeld, eine Reihe von aus menschlichen Karzinomserum gewonnenen Seren, die ähnlich dem ABDERHALDENschen hergestellt sein sollen, zur Untersuchung überlassen. Von 52 Fällen wurde 43mal die Serumdiagnose durch die darauf folgende Operation sichergestellt. „Deutlich positiv" nennt S. die Fälle mit starker Rötung und ausgesprochener zentraler Hämorrhagie, ferner langdauernde Reaktion (14 Tage und darüber), „fraglich bzw. undeutlich positiv" die Fälle mit deutlicher Reaktion und schwacher zentraler Hämorrhagie, bei denen die Reaktion nur wenige Tage anhält. Mit Hilfe der Sera gelang es nie in Fällen, wo andere diagnostische Mittel versagten, die Karzinomdiagnose zu stellen, dagegen wurde wiederholt bei negativer Reaktion gesehen, daß die darauffolgende Operation ein Karzinom ergab. Zusammenfassend ergibt sich über die klinische Bedeutung der Karzinomsera folgendes: Wenn man nur stark positive Reaktionen als gültig ansieht, so sind die Sera mit Ausnahme von R. 1 spezifisch. Man kann dann aus dem positiven Ausfall der Kutanreaktion sicher auf das Bestehen eines Karzinoms schließen. Negativer Ausfall der Kutanreaktion spricht nicht gegen das Bestehen einer karzinomatösen Erkrankung. Die besten von S. untersuchten Sera ergeben lediglich in etwa 60% der Fälle bei bestehendem Karzinom eine positive Hautreaktion.

M. Stern-München.

Das Chorionepitheliom beim Manne, von C. B. HÖRNICKE, Path. Inst. Göttingen. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 29, S. 131.) Vier Monate nach Exstirpation des Hodentumors Exitus. Zahlreiche Metastasen in Nieren, Lungen und Lymphdrüsen. Die Bilder des Chorionepithelioms treten am reinsten in den Metastasen hervor, jedoch ließen sich in ganz geringer Ausdehnung Abkömmlinge aller drei Keimblätter in dem Tumor selbst nachweisen, so daß es sich also hier um ein Teratom des Hodens handelt, bei dem die chorionepithelialen Wucherungen stark überwiegen. Nach Angabe der in der Lite-

Digitized by Google

ratur bekannten Fälle teilt Verf. ein in: 1. Chorionepitheliomähnliche Bildungen in Tumoren nicht teratomaler Natur. 2. Tumoren mit chorionepitheliomartigem Bau. 3. Teratome mit chorionepitheliomatösen Elementen. Echtes Chorionepitheliom beim Manne geht wohl stets aus Teratom hervor, und zwar aus dessen fötalem Ektoderm. Das Teratom kann bis auf geringe Reste oder völlig verschwinden.

A. de Lemos-Hamburg.

Beobachtungen zur experimentellen Geschwulsterzeugung durch Teer verschiedener Herkunft und Paraffin, von E. Hoffmann, H. Th. Schreus und E. Zurhelle-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 20, S. 633—634.) Die Pinselungen wurden mit verschiedenen möglichst reinen Teerfraktionen ausgeführt. Nur das neutrale Teeröl erwies sich als krebserzeugend. Der gleiche Erfolg wurde mit Paraffinöl erzielt. Histologisch zeigten sich Unterschiede je nach der Art des zur Pinselung verwendeten Mittels. Nach Pinselung mit Paraffin entwickelten sich gestielte Talgdrüsenadenome mit beginnender maligner Umwandlung, nach Neutralöl flache, halbkugelige Knoten von karzinomatösem Bau und nach Steinkohlenteer zunächst Hyperkeratosen, dann die bekannten Hauthörner und schließlich echte Hornkrebse. F. Harry-Wiesbaden.

Auf durch Strahlenpilz veränderten Boden entstandene krebsartige Geschwülste, von Nicolaus von Hedry-Budapest. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 129, H. 1, S. 157.) Verf. berichtet über zwei Fälle, wo nach Aktinomykose der Mundpartie ein Plattenzellkrebs sich entwickelte, woraus zu ersehen, daß die Aktinomykose dauernde Reizwirkungen unterhält und die Zellenwucherung fördert und auch präkarzinomatöse Irritation hervorrufen kann. Therapie: Operation.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Das infektiöse Sarkom der Hühner (Le Sarcome infectieux des poules), von G. Roussy und M. Wolf. (Presse méd., 1923, Nr. 34, S. 391.) Verff. bringen an der Hand von Abbildungen von makro- und mikroskopischen Präparaten eine übersichtliche Beschreibung dieser interessanten Affektion, welche zuerst von Peylon Rous am Rockefeller Institute beobachtet wurde, und zwar zunächst ausschließlich bei der als „Plymouth Rock" bekannten Hühnerrasse. Es handelt sich um ein fuso-zelluläres Sarkom, das nicht nur durch Verpflanzung von Tumorstücken, sondern auch durch Impfung mit Filtrat übertragbar ist. Ähnliche Beobachtungen sind von Fujinami und Inamoto in Japan, von Pentimalli, von Paine, Peyron, und in Deutschland von Teutschlaender und Burger mitgeteilt worden. Aus der vorliegenden Besprechung entnehmen Verff. auf Grund der Untersuchung mikroskopischer Präparate, daß es sich hierbei nicht etwa um Pseudotumoren entzündlicher Art handelt, sondern um wirkliche Sarkome, die aber als eine besondere Gruppe zu betrachten sind, deren Stellung gegenüber den sonstigen Geschwülsten der weiteren Klärung bedarf.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mund und Nase.

Weitere Studien zur Frage der Ätiologie der Ozäna, von Mitsuo Shiga-Kope (Japan), Serother. Inst. Wien. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 2, S. 78—91.) Im Sekret von Ozänakranken läßt sich sehr häufig eine Bazillenart vom Typus des Coccobacillus foetidus ozaena Perez nachweisen, die spezielle kulturelle Eigenschaften besitzt und für Kaninchen sehr pathogen ist. Sowohl die Bazillen als auch ihre Filtrate rufen eitrige Entzündungen in der Nase hervor. Es ist daher die Schlußfolgerung berechtigt, daß die Ozäna eine Infektionskrankheit ist. Verf. hat in seltenen Fällen einen Gelatine verflüssigenden Bazillus, jedoch niemals mit dem Bazillus Perez vergesellschaftet, züchten können, den er Bacillus foetidus ozaena liquefaciens nennt und als selten vorkommenden Erreger der Ozäna ansieht. F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit Trypaflavin, von H. Buschmann-Hallenberg (Westfalen). (D. m. W., 1923, Nr. 19, S. 617.) Durch häufiges Pinseln der Tonsillen, des Gaumenbogens und der Uvula mit 2%iger und Gurgeln mit $^1/_5$%iger Trypaflavinlösung erfolgt in kurzer Zeit Heilung. F. Harry-Wiesbaden.

Haare und Nägel.

Über den Einfluß der organischen Hornsubstanz auf das Haarwachstum, von Heinrich Klövekorn-Uedem. (Inaug.-Diss., Bonn 1922.) Verf. hat Versuche mit Humagsolan angestellt, die aber bezüglich der Förderung des Haarwachstums kein einwandfrei positives Resultut ergaben. Scheinbare Erfolge waren nur während einer

Digitized by Google

gleichzeitigen Seborrhoebehandlung der Kopfhaut mit kolloidalem Schwefel, der als sehr wirksam in Form des Sulfoforms und Sulfidals empfohlen wird, vorhanden. Durch kataphoretische Keratindarreichung (Kapp) ist eine Beeinflussung des Haarwachstums möglich. E. Langer-Berlin.

Eine Operation für eingewachsene Nägel (An Operation for Ingrowing Toe Nails), von G. C. Ney-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 6, S. 374—375.) An Hand von sechs recht übersichtlichen Abbildungen wird der Gang der Operation dargelegt. Das Charakteristische der Methode ist, daß nur an den Weichteilen operiert und das Nagelbett nicht beschädigt wird. Verf. bildet an der kranken Seite zwei Hautlappen, die nebeneinander liegen, trägt die unter diesen liegenden Weichteile parallel zum Nagelfalz ab und vereinigt über der Wunde die Hautlappen. Dem Verf. gelang Heilung bei unkompliziertem Fall in 17 Tagen. F. Quasig-Hamburg.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Plötzlicher Tod nach Scharlach (Sudden Death in Scarlet Fever. Report of Two Cases), von T. F. Krauss-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 7, S. 454 bis 456.) Zwei Frauen im Alter von 23 bzw. 34 Jahren, die an Scharlach erkrankt waren, starben plötzlich am 6. bzw. 7. Krankheitstage und am 4. bzw. 3. Tage nach Ausbruch des Exanthems. Im ersten Falle kündigten Zyanose und Pulslosigkeit den nahen Tod an; im andern waren keine Prodromalerscheinungen vorhanden. Im ersten Fall keine Sektion, im zweiten ergab sie eine akute Myokarditis. Verf. rät daher in allen Fällen von Verdacht auf Myokarditis zu absoluter Bettruhe, um so nach Möglichkeit bedrohlichen Zuständen vorzubeugen. F. Quasig-Hamburg.

Einige Beobachtungen bei der Varizellen-Schutzimpfung, von Max Soldin-Wilmersdorf. (M. Kl., 1923, Nr. 17.) Die Varizellen-Schutzimpfung nach Kling besteht in perkutaner Einverleibung des Varizellen-Virus, das aus frischen Varizellen-Bläschen gewonnen werden soll. Es wird dadurch eine Varizellenerkrankung erzeugt, die im Gegensatz zu der natürlichen Infektion harmlos und ungefährlich verläuft. Die positiv geimpften Kinder müssen als varizellenkrank und infektionstüchtig gelten und können der Ausgangspunkt einer neuen Epidemie werden. Die Varizellen-Schutzimpfung empfiehlt sich für Anstalten unter der Voraussetzung, daß die Insassen sämtlich und möglichst gleichzeitig mit frischem Varizellenvirus geimpft werden.
E. Levin-Berlin.

Ein Ausbruch von „vierter Krankheit" (An epidemie of „Fourth Disease"), von H. M. Raven. (Lancet, 1923, Nr. 5202, S. 950.) In einem Mädchenpensionat mit insgesamt 80 Personen erkrankten 12, unter ihnen 3 Erwachsene, mit einem fieberhaften Ausschlag, der große Ähnlichkeit mit Scharlach darbot, aber durch die Inkubationsdauer von 18—21 Tagen, Fehlen von Komplikationen und Folgeerscheinungen sowie des initialen Erbrechens und durch den allgemeinen Verlauf sich hiervon unterschied und auch als Rubeola nicht zu diagnostizieren war. R. hält die Diagnose „vierte Krankheit" für begründet, doch ergriff er die gleichen prophylaktischen Maßregeln wie bei Scharlach. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. Edwin H. Bowling in Durham, N. C., wurde wegen seiner Verdienste um die Pellagraforschung zum Ehrendoktor des Union Christian College in Marion, Ind., gewählt.

Gestorben: Dr. Miller Bone Hutchins, emeritierter Professor der Dermatologie am Atlanta Medical College in Atlanta, Ga.;

Dr. William Conrad Kessler, Urolog in Philadelphia. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. September 1923 | Nr. 38 | Band 77

Aus Prof. Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg.

Vorläufige Mitteilung einer neuen Lupustherapie.

Von

Dr. Hermann Muchow in Hamburg.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die erfolgreiche Behandlung des Lupus vulgaris gehört bekanntlich zu den schwierigsten Aufgaben des Dermatologen. Die große Zahl der zu diesem Zweck ersonnenen Methoden legt ein beredtes Zeugnis ab für die nur allzu häufige Unzulänglichkeit im Einzelfalle. Auch die moderne Lichttherapie mit ihren unzweifelhaften Erfolgen hat es nicht vermocht, allein das Feld zu behaupten. Vielmehr sind die älteren Ätzmethoden nach wie vor nicht zu umgehen. Bei dieser Sachlage ist jeder Versuch, uns neue wertvolle und erprobte Mittel an die Hand zu geben, durchaus zu begrüßen, ganz gleich, von welcher Seite derselbe geboten wird. Das Medikament, von dem im nachfolgenden die Rede ist, wurde von einem Laien, Hrn. C. Kamper-Hamburg, in langen Versuchen hergestellt und — ursprünglich ausgehend von anderen Anwendungsgebieten — mit vorzüglichem Erfolg bei Lupus verwendet.

Das Präparat[1]), das aus einer Lösung I und II und einer Salbe besteht, die beide unter dem Namen „Pyotropin“ bzw. „Pyotren“ gesetzlich geschützt in den Handel kommen, ist im wesentlichen nach einer von Hrn. Dr. Enoch-Hamburg ausgeführten Analyse folgendermaßen zusammengesetzt:

„Flüssigkeit mit Bodensatz. Sie stellt eine Anreibung von kohlensaurem Kalk ($CaCO_3$) mit einer wässerigen Lösung von Kalium-Phenolat (C_6H_5OK) und mit etwas freier Karbolsäure (C_6H_5OH) dar. Schwermetalle, wie Quecksilber, Wismut usw. sowie Jodverbindungen sind nicht nachweisbar.

Salbe. Sie stellt eine schwach gefärbte Salbe aus etwa gleichen Teilen Salizylsäure ($C_7H_6O_3$) und Natriumsalizylat ($C_7H_5O_3Na$) dar, die mit etwas Glyzerin ($C_3H_5(OH)_3$), Zucker ($C_{12}H_{22}O_{11}$) und Walrat angerieben sind. Jodverbindungen und Schwermetallsalze konnten nicht nachgewiesen werden.“

Die Anwendung dieser Mittel geschieht in der Weise, daß die erkrankten Hautpartien mit Pyotropin vermittels eines Borstenpinsels bestrichen und unmittelbar danach, ohne eintrocknen zu lassen, mit einem

[1]) Herstellung durch die Pyotropin-Werke, Marhold & Kamper, Hamburg, Dammtorstr. 40.

Digitized by Google

dünnen Leinenläppchen, das eine messerrückendicke Schicht der Pyotrensalbe trägt, bedeckt werden. Das Ganze wird sodann mit einem Heftpflasterverband (Leukoplast) luftdicht abgeschlossen. Von dem genauen Einhalten dieser Vorschrift, insbesondere auch des luftdichten Abschlusses, ist der Erfolg der Behandlung wesentlich abhängig, da andernfalls keine Eiterung, sondern Eintrocknung mit Krustenbildung stattfinden würde. Während die erste Applikation fast ganz schmerzlos ist, empfiehlt es sich im weiteren Verlauf der zweimal wöchentlichen Behandlung, die wunden Flächen vor dem Auftragen des Ätzmittels zu kokainisieren, da sonst besonders bei empfindlichen Patienten durch Pyotropin Schmerzen ausgelöst werden können. Die Abheilung geschieht unter Borsalbenverbänden.

Ich habe nun in der Klinik von Prof. Dr. Unna 12 Lupusfälle nach vorstehender Methode behandelt, und zwar zum größten Teil ausgesucht schwierige, inveterierte, indolente und progredierte Fälle, die sämtlich in ganz kurzer Zeit, etwa 4—5 Wochen, außerordentlich gebessert und zum Teil geheilt sind.

Fall 1. Frl. H., 19 Jahre alt. Vor etwa 3 Jahren beginnender Lupus der rechten Wange. Trotz Behandlung bei verschiedenen Ärzten mit Salben, Spicken, Strahlentherapie fortschreitende Verschlechterung bis zur Ausbreitung über beide Wangen und Nase, sowie Verlust eines großen Teiles des Nasengerüstes. Am 26. V. Beginn mit der vorstehenden neuen Methode und gleichzeitige photographische Aufnahme (Bild 1). In Abständen von je 4 Tagen bis zum 13. VI. kombinierte Pyotropin-Pyotren-Behandlung. Bereits nach der zweiten Behandlung beginnt eine starke Eitersekretion unter nur geringer Schwellung und Rötung der erkrankten Partien. Am 13. VI. hat sich die ganze Fläche des scharfrandigen Ätzbezirks, in dem einzelne normale Epithelinseln stehen geblieben sind, gereinigt und zeigt überall gute Granulationsbildung. Es wird infolgedessen zur Abheilung mit Borsalbenverband übergegangen. Am 20. VI. ist die Abheilung beendet. Unter glatter, schöner Narbenbildung sind alle vorher knotigen Erhabenheiten geschwunden und das lupöse Gewebe bis auf versprengte, in der Tiefe sicht- und fühlbare Reste zurückgegangen. Die Photographie in diesem Stadium ergibt Bild 2. In 5 Wochen wurde somit bei einem 3 Jahre alten, schwer beeinflußbaren und fortschreitenden Lupus ein ganz bedeutender Erfolg erzielt, indem nicht nur die Krankheit zum Stillstand gebracht, sondern auf wenige disseminierte Herde reduziert wurde, die ihrerseits in einer zweiten Behandlungsreihe vom 22. VI. bis zum 10. VII. bis auf kaum erkennbare Reste zurückgegangen sind. Seit dem 10. VII. hat Patientin eine Erholungspause.

Die übrigen Fälle zeigen alle einen gleichen oder ähnlichen Verlauf. Einige mögen hier noch kurz skizziert werden:

Fall 2. Frau P., seit 2 Jahren pfenniggroßer Lupusherd an der rechten Wange,

Digitized by Google

mit Salben, Strahlen und Exzision vergeblich behandelt. Vom 22. VI. bis 20. VII. Pyotropin-Pyotren- (P.-P.) Behandlung. Am 20. VII. geheilt entlassen.

Fall 3. Hr. K., 26 Jahre alt, seit 2 Jahren hinter dem rechten Ohre Lupusherd von der Größe einer Mandel. Vom 8. VI. bis 16. VII. P.-P.-Behandlung. Am 16. VII. bis auf zwei punktförmige Reste geheilt. Letztere werden gespickt.

Fall 4. Frl. D. Seit Jahren bestehender kleinhandtellergroßer Herd an der Wange vor dem rechten Ohr. Bisher immer vergeblich behandelt. Nach einmaliger P.-P.-Kur vom 14. V. bis 6. VI. fast vollständige Heilung bis auf einige verstreute, in der Tiefe diaskopisch noch erkennbare kleine Knötchen. Vorläufige Entlassung.

Bei den Fällen 5—10 handelt es sich um ausgedehntere Erkrankungen des Gesichts oder der Arme, die sich ebenfalls allen früheren Behandlungsmethoden gegenüber vollkommen refraktär verhielten und daher der P.-P.-Behandlung zugeführt wurden. Bei allen wurde durch den ersten Turnus von 4 bis 5 Wochen derselbe außergewöhnliche Erfolg erzielt wie bei den bisher skizzierten Fällen, so daß die Behandlung fortgesetzt wird.

Aus den bisherigen Beobachtungen ergibt sich folgendes:

Die pharmakologische Wirkung der Kamperschen Originalpräparate, die der oben angeführten Analyse wohl nur annähernd entsprechen, scheint vorzugsweise in einer der Unnaschen Ätzpaste (pasta caustica[2]) ähnlichen energischen Wirkung zu beruhen, welcher jedoch infolge der Kombination des stark alkalischen Ätzmittels mit der sauren Salbe durch Neutralisation eine sofortige Begrenzung gesetzt wird. Das Neue ist somit, gegenüber dem der alten Wiener Schule entstammenden Ätzmittel (Ätzkali), daß die diffuse Wirkung des Ätzmittels durch die Salizylsäure sofort in Schranken gehalten wird, wobei der Karbolsäure noch eine unterstützende Wirkung zufällt. Dadurch wird nun erreicht, und das ist von besonderer Bedeutung, daß elektiv nur die erkrankten Partien angegriffen werden und durch eine ungewöhnlich starke Eiterung zur Abstoßung gelangen. So entstehen außerordentlich scharfrandige Defekte, die sich schnell unter profuser Eiterung reinigen und nach 4—5maliger Behandlung bereits überall gute Granulationen erkennen lassen. Die Abheilung erfolgt unter gewöhn-

[2]) Kali caust. 25.
Calc. hydric. 25.
Sapon. Kalin. 25.
Aqu. dest. 25.
S. pasta caustica, Unna.

Digitized by Google

lichen Borsalbenverbänden sehr rasch mit vorzüglicher Narbenbildung. In wenigen Wochen werden auf diese Weise mit geringstem Substanzverlust und Erhaltung allen gesunden Gewebes die Lupusknötchen zur Einschmelzung gebracht und abgestoßen.

Daß die Regelmäßigkeit dieser vom Arzt selbst ausgeführten Behandlung bei dem Effekt ebenfalls eine Rolle spielen kann, mag noch betont sein. Irgendwelche Schädigungen durch die Methode wurden nicht beobachtet.

Wir haben somit in dem oben geschilderten Verfahren einen weiteren Fortschritt unserer Methode der Lupusbehandlung zu erblicken, welches die Vorteile einer energischen Wirkung, beschränkter Behandlungsdauer und kosmetisch vorzüglicher Narbenbildung in sich vereinigt und daher, trotz der erst kurzen Beobachtungszeit, schon jetzt wärmstens empfohlen werden kann.

Aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität München (Direktor: Prof. Dr. Leo Ritter v. Zumbusch).

Über Hautdiphtherie.

Von

Dr. A. Lenz, Assistent.

Obwohl das Krankheitsbild der Hautdiphtherie keineswegs allzuselten ist, ist es doch noch kaum zum Allgemeingut der Ärzte geworden. Es liegt darin eine nicht zu unterschätzende Gefahr, um so mehr, da es prognostisch und therapeutisch von größter Bedeutung ist, eine frühzeitige Diagnose zu stellen. Bevor ich auf die Morphologie und den klinischen Krankheitsverlauf näher eingehe, möchte ich einen Fall der Kasuistik beifügen, den wir an hiesiger Klinik zu beobachten Gelegenheit hatten.

Es handelt sich um einen 81jährigen Greis, der wegen Altersschwäche in der Klinik war und bei dem sich unterhalb des Nabels ein Furunkel entwickelte. Innerhalb weniger Tage entwickelte sich daraus ein tiefgehender breiter karbunkelähnlicher Herd mit flachem eingesunkenem Krater, durch eine zähe gelbe nekrotische Membran verschlossen. Die Umgebung ist schwach hellrot verfärbt, stark infiltriert und auffallend wenig schmerzhaft, der Rand ist sehr hellrot gefärbt Da sich auf Druck kein Eiter entleert und die Membran nicht zu entfernen ist, wird ein Präparat und Kultur angelegt. Ersteres gibt typische Lagerung, die Kultur nach Aussage des bakteriologischen Instituts Löfflerschen Diphtheriebazillus. Des Alters wegen rein lokale Behandlung mit feuchtem Verband und Histopinsalbe. Während des Verlaufs geringe Temperatursteigerungen und pustulöse Aussaat der Umgebung, die nach Jodpinselung rasch zur Abheilung gebracht werden. Spätere Sekretentnahmen ergaben in der Kultur Staphylococcus aureus neben Stäbchen, welche nach Form und Lagerung als Diphtheriebazillen anzusehen sind. Abheilung nach 28 Tagen.

Der Verdacht der Hautdiphtherie wurde zuerst durch das Aussehen und das zähe Festhaften der Membran erweckt.

Es dürfte sich in obigem Falle um eine primäre Diphtherie der Haut handeln, da weder im Hals noch sonst irgendwo Erscheinungen, die an Diphtherie erinnern, vorhanden waren. Es erhebt sich nun die Frage, was verstehen wir unter Hautdiphtherie. Ebenso wie man im Pharynx und im Tonsillen Diphtheriebazillen findet, ohne das klinische Bild dieser Erkrankung vor sich zu haben, ebenso finden wir auf der Haut den Bazillus,

Digitized by Google

sei es ohne jegliche Erscheinungen, sei es als akzessorischer Nebenbefund in Geschwüren, wobei wir die gerade für eine Diphtherieinfektion typischen Erscheinungen wie Pseudomembranen, Gerinnungsprozesse innerhalb des Gewebes, Ulzerationen, Nekrosen usw. vermissen. Dabei dürfen wir nicht vergessen, daß die große Gruppe der Pseudodiphtheriebazillen ganz ähnliche Veränderungen hervorrufen kann, die wir unter dem Namen der Diphtheroide zusammenfassen. Um letztere Gruppe von der echten Hautdiphtherie zu trennen, wird heute allgemein der Tierversuch als wichtigstes Kriterium verlangt. Ich möchte an dieser Stelle betonen, daß auch bei Pseudodiphtherieinfektionen vereinzelte Todesfälle verzeichnet sind und daß wir bei denselben mit der spezifischen Serumtherapie Erfolge haben können. Trotzdem die Hautdiphtherie, entsprechend dem anatomischen Bau der Haut morphologisch sehr vielseitig ist, läßt sie sich zur Diphtherie des Rachens recht wohl in Analogie setzen.

Bei der Diagnosenstellung des Klinikers, die zunächst nach anamnestischen Anhaltspunkten suchen wird, treffen wir bei fortgeleiteter, also sekundärer Hautdiphtherie, wo also eine Diphtherie des Rachens schon erkannt ist, auf keine allzu große Schwierigkeiten. In diesem Falle sind die nachfolgende mikroskopische Untersuchung, Kultur und Tierversuch nur eine Bestätigung unserer Annahme. Sowohl die Prophylaxe als auch die Serumtherapie dürften hier längst eingeleitet sein. Anders jedoch liegen die Verhältnisse bei einer reinen Hautdiphtherie. Hier läßt uns die Anamnese vollständig im Stiche und wir sind rein auf das klinische Bild angewiesen. Wir können diese Fälle vom diagnostischen Standpunkt aus in zwei große Gruppen einteilen. Zu der ersten Gruppe wären die Fälle zu rechnen, die ein typisches Bild mit Pseudomembranen eventuell auch nur schmutziggelbem bis graugrünem Belag aufweisen, zäh festhaltend an der Unterlage. Die zweite Gruppe zeigt wohl zu Beginn klinisch für Diphtherie keine charakteristischen Erscheinungen, läßt aber im Verlauf doch typische Symptome zutage treten, sei es durch Insuffizienzerscheinungen des Herzens infolge Toxinwirkung, sei es durch später auftretende postdiphtherische Lähmungen, sei es durch Ansprechen auf spezifische Therapie nach vorherigem refraktärem Verhalten gegen jede andere Behandlung. Eine unbedingte Vorraussetzung für diese Fälle ist natürlich der bakteriologische Nachweis und der Tierversuch. Ich verweise nur auf die diphtherische Impetigo, bei der in den letzten Jahren wiederholt auf einen Zusammenhang mit Nephritis hingewiesen wurde, die diphtherischen Ekzeme hinter den Ohren bei Kindern. Hier sind es oft charakteristische Feinheiten, die uns, sobald sie uns verdächtig erscheinen, den Weg zur Diagnose weisen, indem uns das refraktäre Verhalten bei der Therapie auf ungewöhnliche Erreger schließen läßt. Diese Fälle sind es auch vor allem, die für ihre Umgebung eine nicht zu unterschätzende Gefahr bedeuten. Sehr häufig wird in solchen Fällen die Diagnose überhaupt nicht, oder erst „allzuspät" gestellt.

Vergegenwärtigt man sich die klinischen Erscheinungsformen, die der Diphtheriebazillus als Entzündungserreger auf der Haut und im Unterhautzellgewebe hervorrufen kann, so stellen sie sich zunächst als ein vielgestalteter Symptomkomplex dar, dem jede Einheitlichkeit zu fehlen scheint. Wir sehen morphologisch die verschiedenartigsten Bilder auf-

Digitized by Google

treten, sei es in der Form von Erythem, Ekzem oder Impetigo, eines Blasenausschlages, herpetiform, varizellenförmig oder pemphiginös, einer Pyodermie, eines Furunkels oder Karbunkels, eines Ulkus, einer Phlegmone, eines Noma oder einer Gangrän. Auch Läusegeschwüre, Druckgeschwüre, Röntgenulzera, sekundär infiziert, sind wiederholt beschrieben worden. Im allgemeinen sehen wir, wenn nicht Mischinfektion vorliegt, außer der Infiltration mit stark entzündlichem Rand seröse Exsudation, während eitrige Sekretion meist auf andere Erreger hindeutet, sei es in symbiotischer Form, sei es in Form einer Sekundärinfektion. Es handelt sich dabei vor allem um Staphylokokken, Streptokokken, Bazillus Pyozyaneus, Spirillen mit fusiformen Bazillen. Eine Mischinfektion mit den ersten beiden Erregern dürfte meist sehr ernst zu beurteilen sein. Die Virulenz der Diphtheriebazillen differiert ja, entsprechend der Rachendiphtherie sehr weit bei den einzelnen Stämmen. Demnach ändert sich dann auch das morphologische Bild, unter dem sie sich entwickeln können. Andererseits deckt sich die Virulenz der Erreger beim Kranken und im Tierversuch nicht immer, so daß hochvirulente Erreger des Kranken beim Tier abgeschwächte Virulenz zeigen und umgekehrt. Auf die daraus resultierende Frage, ob Übergänge zum Pseudodiphtheriebazillus bestehen, sei hier nicht eingegangen. Daß Immunität auch bei Hautdiphtherie vorhanden ist, beweist ein Fall von Kleinschmid, wo bei einem Säugling ohne Therapie nach erfolgter Heilung 10 Antitoxineinheiten nachgewiesen wurden.

Über die Häufigkeit der Erkrankung gehen die Ansichten sehr weit auseinander. Im Vergleich zu den früheren Jahrhunderten, wo selbst die Hautdiphtherie z. T. endemisch auftrat, ist sie natürlich ganz bedeutend zurückgegangen. Heutzutage sehen wir ihr Auftreten fast nur noch ganz vereinzelt. Jedoch ist sie, wenn wir einen Vergleich mit der Rachendiphtherie ziehen, immer noch relativ häufig. So konnte Lotte Landré an der Göttinger Kinderklinik innerhalb von 5 Monaten 28 Fälle feststellen. Nach Adler-Wien, der über 2217 bakteriologisch nachgewiesene Diphtheriefälle verfügt, kommt auf je 100 Rachendiphtherien 1 Fall von Hautdiphtherie. Die Fälle, wo keine Rachendiphtherie vorhanden ist, sind naturgemäß viel seltener. Von verschiedenen Seiten wurde versucht, vom klinischen Standpunkt aus eine Gruppierung des Krankheitsbildes vorzunehmen. Deutschländer, dessen Einteilungsprinzip mehr den Charakter und die Bedeutuug der klinischen Erscheinungsformen berücksichtigt, dürfte den klinischen Ansprüchen wohl am ehesten gerecht werden. Aus seinen Betrachtungen ergeben sich folgende zwei große Gruppen, je nachdem die Hautdiphtherie Teilerscheinung einer allgemeinen Diphtherieinfektion oder ein selbstständiger und örtlich begrenzter Prozeß ist. Wir haben es bei der ersten Gruppe wohl mit einer septischen Aussaat zu tun, trete sie nun in Form eines Herpes auf oder in Form von Ulzera oder Phlyktänen. Rall (Hamburg) konnte bei einer relativ großen Zahl leichter und schwerer Diphteriefälle die Bazillen in den Bläschen nachweisen. Die Prognose der ersten Gruppe ist meist schlecht. Die zweite Gruppe, eine örtlich begrenzte selbständige Erkrankung teilt sich in zwei Unterabteilungen, je nachdem der Prozeß eine gesunde Haut oder eine pathologisch veränderte Haut befällt. Die Erreger werden hier wohl meist

Digitized by Google

durch eine eventuell unsichtbare Hautläsion inokuliert. Dementsprechend handelt es sich meist um tiefergehende Prozesse wie Ulzera oder Phlegmonen. Siedeln sich die Erreger auf einer pathologisch veränderten Haut an, so sehen wir Mischinfektionen, wie z. B. eine diphtherische Impetigo oder Ekzem. Die Prognose quoad vitam ist hier fast durchweg gut.

Die Behandlung der Hautdiphtherie wird von folgenden zwei Gesichtspunkten aus eingeleitet: 1. allgemein antitoxisch durch die Serumtherapie, 2. lokal bakterizid, durch Anwendung von Desinfizientien, Serumumschlägen, Trockenserum oder ultravioletten Strahlen, die natürlich nicht in die Tiefe wirken, jedoch infolge ihrer Wirkung besonders auf den Diphtheriebazillus zur Desinfektion der anliegenden Hautpartien sehr in Frage kommen. Je nach dem klinischen Bild, je nach dem Zeitpunkt, zu dem der Patient in unsere Behandlung kommt, werden wir der einen oder der anderen Weise den Vorzug geben, oder beide kombinieren.

Aus der Dermatologischen Klinik in Graz (Vorstand: Prof. Dr. R. Matzenmauer).

Die Behandlung des Ulcus cruris mit der Reimer-Salbe.

Von

Dr. Karl Schreiner, Assistent.

Eine Behandlungsart zu finden, durch welche die Heilung der Ulcera cruris in kürzerer Zeit erreicht werden kann, als es mit der seit altersher üblichen Salbenbehandlung möglich ist, beschäftigt schon lange Zeit Dermatologen und Chirurgen. Dieses Streben wird um so begreiflicher, wenn man bedenkt, daß die meisten Patienten, die an Ulcera cruris leiden, trotz wochen-, ja meist monatelanger Fesselung an das Bett — ohne Bettruhe ist ja überhaupt kaum an eine Besserung, geschweige denn Heilung des Leidens zu denken — kaum geheilt oder auch ungeheilt das Spital verlassen, um dann freilich oft in kurzer Zeit in verschlechtertem Zustande in das Spital zurückzukehren. Der Arzt aber andererseits, der seine Mühe in diesem wechselndem Kommen und Gehen der Patienten selten von Erfolg gekrönt sieht, verliert begreiflicherweise die Freude an dieser undankbaren Arbeit und das Vertrauen zur angewandten Heilmethode. Jede der vielen Anregungen greift er gern auf und versucht die angegebenen Methoden oder sucht selbst nach neuen Wegen. Da auch unsere Klinik reich gesegnet ist mit Patienten, die an Ulcera cruris leiden, wobei durch die vielen Naturheilmethoden, die von den Leuten angewendet werden, die Kranken oft in einem recht traurigen Zustand eingebracht werden, ist es selbstverständlich, daß auch wir uns für diesen Krankheitsprozeß bzw. seine Behandlung lebhaft interessiert haben. So haben wir natürlich neben eigenen Versuchen viele der neuen Methoden aufgegriffen. Blieb den eigenen Versuchen der Erfolg versagt, so können wir leider von den vielen Angaben aus anderen Kliniken auf Grund unserer Nachuntersuchungen nicht das Gegenteil behaupten.

Bevor ich nun auf unsere Arbeiten auf diesem Gebiete übergehe, möchte ich nur vorausschicken, daß es sich bei dieser Besprechung zunächst

Digitized by Google

lediglich um Ulcera cruris varicosa handelt und nicht um tuberkulöse oder luetische Geschwüre. Unsere Behandlung, die seit altersher geübt wurde, bestand nun selbstverständlich zunächst in einer Bekämpfung der ursächlichen Momente, als da sind Venenentzündungen, Ekzem, Impetigo usw. Das Bein wurde hoch gelagert und durch Umschläge (Bor, essigsaure Tonerde) die Entzündungserscheinungen zum Abklingen gebracht. Zur Desinfektion der Wunden wurden auch, wie überhaupt die ganze Behandlung hindurch, lokale, lang andauernde Bäder (Kalium hypermang., Wasserstoff usw.) benutzt und dem Patienten strenge Bettruhe anempfohlen, da wir ja wissen, daß sonst das Leiden nur schwer bekämpft werden kann. Diese Behandlung wurde so lange fortgesetzt, bis die Entzündungserscheinungen geschwunden und die Ulcera gereinigt waren. Nun versuchten wir die Granulationsbildung mit verschiedenen Salben anzuregen. Bei jedem Verbandwechsel wurden außerdem mit dem Lapisstifte die Wundränder angefrischt und, wenn sich auf der Geschwürsfläche matsche Granulationen zeigten, auch die Wundfläche selbst. Diese Methode hat sich soweit ganz gut bewährt, nur war die Heilungsdauer bei größeren, besonders mit Schwielenbildung einhergehenden Ulcera eine sehr lange. Wir versuchten daher zunächst bei bereits gereinigten Geschwüren durch Höhensonnebestrahlungen die Granulationsbildung anzuregen. Erfolg sahen wir selten. Später wurden Milchinjektionen gemacht besonders bei frisch eingelieferten Patienten, in der Hoffnung, daß wir die Entzündungserscheinungen rascher zum Schwinden bringen würden und die Reinigung der Geschwüre beschleunigen könnten. In manchen Fällen hatten wir auch Erfolg, doch blieb es auch dabei und eine Abkürzung der Heilungsdauer der Geschwüre war nicht erkennbar. Da wir nun bei einigen Dermatosen, besonders bei der Sykosis, vielversprechende Erfolge sahen, wenn wir nach Höhensonnebestrahlung (bis zum Erythem) Milch injiziert hatten, wurde auch beim Ulcus cruris dieser Versuch gemacht. Einige leichtere Fälle schienen dadurch gut beeinflußt, doch möchten wir ein post hoc mit dem propter hoc nicht verwechseln. Torpide Geschwüre wenigstens schienen dadurch kaum zu beeinflussen zu sein. Neue Hoffnungen weckte die Preglsche Jodlösung! Da wir andere Ulzerationen (z. B. Geschwürsflächen nach inzidierten Bubonen) unter Umschlägen mit derselben rasch gereinigt sahen, glaubten wir uns auch bei den Ulcera cruris einen Erfolg versprechen zu dürfen. Tatsächlich erreichten wir das Abklingen der Entzündungserscheinungen und die Reinigung der Geschwürsfläche überraschend schnell, manchmal sogar über Nacht. Diese Behandlung haben wir daher auch bis in die jüngste Zeit beibehalten, da dieser Effekt mit der Pregl-Lösung so ziemlich regelmäßig zu erreichen ist. Unsere Erwartungen aber, daß durch Umschläge mit der Jodlösung auch die Epithelisation beschleunigt werden könnte, erfüllten sich nicht, wenngleich besonders bei leichteren Fällen, auch durch die Umschläge allein die Abheilung manchmal erzielt werden konnte. Hatten wir auch schon vor der Einführung der Preglschen Jodlösung bei bereits gereinigten Geschwüren die Transplantation nach Thiersch mit wenig Glück versucht (wir konnten selten ein Haften der transplantierten Hautlappen sehen, meist starben dieselben bis auf eine kleine Insel ab, die aber wenig zur rascheren Überhäutung beitrug), so hofften wir mit der Jodlösung, durch welche Eiterungen rasch zum Still-

Digitized by Google

stand gebracht werden können, ein leichteres Haftenbleiben der transplantierten Hautstücke zu erreichen. Der erreichte Effekt lohnte aber auch damit die Mühe nicht. Soweit unsere Versuche.

Von den in der Literatur anempfohlenen Methoden haben wir ebenfalls ziemlich viele nachgeprüft. Ich möchte nur erwähnen die Unterspritzung der Geschwüre mit physiologischer Kochsalzlösung nach Hütten, ferner die Behandlung mit hochprozentigen Kochsalzlösungen, ferner die Behandlung nach Fried mit Perubalsam und heißen Umschlägen, ferner die Behandlung nach Eckstein mit Jodoformgaze und Borvaseline bei Anlegen eines Kompressivverbandes am elevierten Unterschenkel, die Behandlung nach Kotte mit Umschlägen von Tinctura Opii auf Wasser im heißen Zustande, nach Florowsky mit Chloräthylspray neben vielen anderen. Wenn auch manchmal eine gute Beeinflussung erzielt wurde, eine Überlegenheit über unsere Methode konnten wir im großen und ganzen nicht finden. Am wenigsten, wenn wir die Patienten bei der Behandlung der Ulcera cruris nach Eckstein herumgehen ließen, wie es dieser Autor bei seiner Behandlung als nicht schädigend angibt. Etwas bessere Erfolge konnten wir mit der Behandlung nach Fischer erzielen, der zuerst nach der Linserschen Methode die Varizen verödet und dann mit Oleum Thereb. rect. 10 : Aq. 100 und Billrothbattist die Geschwüre behandelt. Allerdings klagten die Patienten bei dieser Behandlungsart über starke Schmerzen und erscheint uns diese Verödungsmethode wegen der Thrombenbildung nicht ungefährlich. Deshalb haben wir sie auch nicht weiter geübt. Weitaus am besten bewährt sich sicher von allen den Methoden der Unnasche Zinkleimverband. Wenn wir nunmehr das Ganze überblicken, so kommen wir zu dem Schluß, daß, abgesehen von einigen wenigen Fällen, alle diese Methoden, außer dem Zinkleimverband meistens teils unserer gebrauchten Behandlungsart in nichts überlegen sind, teils ziemlich umständlich, wenn nicht für den Patienten schmerzhaft und gefährlich sind.

Einen Umschwung in unsere Behandlung der Ulcera cruris brachte aber die Einführung der Reimerschen Salben bzw. Pasten. Es gibt deren vier, und zwar Unguentum bzw. Pasta Plumbi (4%), Unguentum bzw. Pasta Bismuti (1,5%), Unguentum bzw. Pasta Cupri (0,50%), Unguentum bzw. Pasta Argenti. Diese Präparate enthalten je eines der genannten Metalle in organischer Verbindung von noch nicht geklärter chemischer Struktur und überdies das Metall in kolloidalem Zustande. Schon die ersten Versuche mit demselben lehrten uns, daß wir es hier mit einem Heilmittel zu tun haben, mit welchem die Behandlung der varikösen Fußgeschwüre auf eine einfache und für den Patienten schonende Basis gestellt werden kann. Wenngleich wir eine Überlegenheit der Präparate im Anfangsstadium der Behandlung gegenüber den Umschlägen mit der Preglschen Jodlösung zwecks Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen und zur Reinigung der Geschwürsfläche kaum feststellen konnten, so steht es dennoch fest, daß auch durch die sofortige Behandlung mit diesen Präparaten, gleichviel in welchem Zustande sich die Geschwüre befinden, die früher unbedingt notwendige Vorbehandlung, also die Umschläge, wegfallen können. Denn auch hier sehen wir nach Applikation der Präparate in wenigen Tagen ein rasches Schwinden der Entzündungserscheinungen

Digitized by Google

und die Reinigung der Geschwüre. Die Überlegenheit der Pasten bei der Behandlung der Ulcera cruris über die Salben ergab sich schon nach den ersten Versuchen, weshalb wir auch zu diesem Zwecke nur diese anempfehlen können. Wie die Vorschrift lautet, wurden die Pasten messerrückendick auf Leinenlappen aufgestrichen, ebenfalls die Umgebung der Geschwüre reichlich bedacht und das ganze leicht verbunden. Welches Präparat zuerst angewendet wird, erscheint uns ziemlich gleichgültig zu sein. Da die Sekretionsanregung eine ziemlich bedeutende ist, ergibt sich die Notwendigkeit, besonders in den ersten Behandlungstagen, den Verband mindestens zweimal des Tages zu wechseln. Unterläßt man dies, so sieht man oft, durch das übersickernde Sekret hervorgerufen, leicht Dermatitiden in der Umgebung des Geschwüres auftreten, die die Heilung verzögern können. Sie gehen jedoch leicht auf Puderbehandlung zurück und braucht ihretwegen die Ulkusbehandlung nicht unterbrochen werden, wohl aber muß, wie erwähnt, der Verbandwechsel dann öfters vorgenommen werden. Behandelt man mit ein und demselben Präparate durch längere Zeit, so sieht man bald, wie der anfangs rasch eingesetzte Heilungsprozeß immer schleppender wird und schließlich zum Stillstande kommt. Wechselt man aber rechtzeitig mit den einzelnen Präparaten, so sieht man, wie nach jedem Wechsel wieder eine neue Anregung in den Heilungsprozeß kommt. Wenngleich die Überlegenheit dieser Präparate über die bisher in Anwendung gekommenen Behandlungsarten anerkannt werden muß, so möchten wir dennoch auch bei dieser Behandlung dreierlei nicht außer acht gelassen wissen, was übrigens auch von Dr. Reimer selbst angegeben wird: 1. Bettruhe, 2. daß der Lapisstift fleißig, womöglich täglich zur Anwendung kommt, besonders zur Auffrischung der Wundränder, und 3. daß den Patienten auch stets die Varizenbehandlung nach erfolgter Wundheilung an das Herz gelegt wird.

Daß die Behandlungsdauer eine wesentlich abgekürzte ist (von 14 Tagen bis längstens 8 Wochen bei Ulcera mit starker Schwielenbildung), ersehen wir am besten daraus, daß seit Einführung der Präparate, trotz wesentlichen Anwachsens der Zahl der Ulcus-cruris-Kranken, nie mehr Patienten ungeheilt das Spital verlassen müssen.

Es sei mir auch erlaubt in Kürze anzuführen, daß wir die Präparate auch bei verschiedenen anderen Dermatosen, so Ekzem, Impetigo usw. in Anwendung gebracht haben. Hierbei konnten wir jedoch keinen Effekt erzielen. Bewährt haben sich die Präparate bei der Behandlung der Furunkulose, ferner zur Nachbehandlung von Geschwürsflächen nach Auskratzungen und endlich in einem allerdings vereinzelten Falle bei Durchbruch nach Balanitis gangraenosa. Zum Schluß sei noch erwähnt, daß wir die Präparate zur Nachbehandlung der Epididymitiden verwenden und konstatieren können, daß sie die Rückbildung der Infiltrate gleich gut beeinflussen wie die Ichthyolsalben.

Literatur.

Florowsky, M. m. W., 1914, Nr. 9. — Kotte, M. m. W., 1917, Nr. 2. — Eckstein, Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 17. — Hütten, M. m. W., 1922, Nr. 48. — Fischer, W. kl. W., 1922, Nr. 1. — Schreiner, Derm. Zschr., 1921, Nr. 3/4. — Schreiner, W. kl. W., 1920, Nr. 34. — Fried, Rezeptformeln und therapeutische Winke.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über Pocken, von Alb. Müller, Städt. Krankenanst. Tiefenau-Bern. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 17, S. 432.) Da bei der Berner Epidemie keine, schwere Narben hinterlassenden, mit hohem Suppurationsfieber einhergehenden Fälle waren, muß man annehmen, daß es sich um die als Variolois bezeichnete Art bzw. den dieser Bezeichnung entsprechenden Grad der Pocken handelte. Das Initialfieber war typisch und auch bei Kindern deutlich, Initialexanthem wurde niemals beobachtet. Oft fanden sich schon während des Initialfiebers spärliche, stecknadelkopfgroße, gerötete, scharf umschriebene harte Knötchen, aus denen sich, ebenso wie aus kleinen roten, an die Effloreszenzen der Masern erinnernden Fleckchen, der Pockenausschlag entwickelte. Die Pockenpusteln waren von sehr verschiedenem Aussehen und Größe, in unzweifelhaften Fällen wurden sichere Pusteln nie vermißt, die sehr hart, schwer zum Platzen zu bringen sind. Wo sie kleiner sind und konfluieren, gehen sie schneller in Eiterung über, verlieren ihre Härte und sehen einem Varizellenbläschen sehr ähnlich. Schleimhauterscheinungen erst nach Auftreten des Hautausschlages, zuerst gewöhnlich an der hinteren Rachenwand. Auf den Tonsillen kann es mit Angina lacunaris verwechselt werden, macht jedoch viel weniger Beschwerden. Die Borken der Variola sitzen der Haut auf, die der Varizellen sind in die Haut eingebettet. Die Kranken waren mit Ausnahme von ungefähr 6 Fällen nicht in wirksamer Form geimpft, Leute von über 45 Jahren, die in frühester Jugend vakziniert waren. Sichere Schlüsse sind nicht zu ziehen, da im Kanton Bern seit bald 30 Jahren kaum mehr geimpft worden ist.

E. Levin-Berlin.

Einige differential-diagnostische Bemerkungen über Variola vera, modifizierte Pocken beim Nichtgeimpften und Varizellen, von Tièche. Schweiz. m. W., 1923, Nr. 18, S. 448.) In der deutschen Schweiz, die in den 90iger Jahren den Impfzwang abgeschafft hat, herrscht seit 2 Jahren eine milde Pockenepidemie, bei der es sich um eine primär modifizierte Pocke (bezeichnet als Variola modificata beim Nichtgeimpften gegenüber modifizierter Pocke des früher Geimpften = Variolois) handelt. Das große Umsichgreifen der Epidemie ist zurückzuführen auf die schlechte Vorbereitung der Ärzte in differential-diagnostischer Hinsicht, auf den merkwürdig gutartigen Charakter des Virus, und auf die nicht wohlwollende Einstellung der Bevölkerung gegen die Impfung. Diese leichte Form, Variola modificata beim Nichtgeimpften, hat mit Varizellen nicht den geringsten Zusammenhang. Nachimpfung bei nichtgeimpften Varizellenfällen ergab immer ein positives Resultat, während der Pustelinhalt von Effloreszenzen von Varizellenfällen immer eine negative Kutanreaktion wie auch eine negative Paulsche Reaktion ergab. Varizellen hauptsächlich am Rumpf, Ausstreuung nimmt an den Extremitäten zentripetal ab, Gesicht spärlicher betroffen als Körper; bei Variola dagegen auch in ihrer modifizierten Form, am reichlichsten das Gesicht befallen, weniger die Brust, sehr reichlich der Rücken, Abdomen fast frei, Verteilung an den Extremitäten typisch zentrifugal. Die Art der Effloreszenzen darf für die Diagnose nicht ausschlaggebend sein. Die „Abwischbarkeit" der Varizellenblasen ist das charakteristischste Symptom. Die Einzeichnung der Eruptionen in ein Schema scheint ein vorzüglicher Weg zur Erkennung und damit zur Bekämpfung der Pocken zu sein.

E. Levin-Berlin.

Über die Züricher Pockenepidemie 1921—1923, von Naegeli. Vorwort zu der Arbeit von Leusch. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 19, S. 461.)

E. Levin-Berlin.

Über das klinische Bild einer benignen Pockenepidemie bei Ungeimpften im Kanton Zürich 1921—1922, von O. Leusch, Med. Klin. Zürich. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 19, S. 461.) Der Ursprung der Epidemie läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen, der erste Fall, bei dem die Diagnose gestellt wurde, betraf eine ungeimpfte

Digitized by Google

34jährige Frau aus dem Züricher Vororte Örlikon. Charakteristisch für die Epidemie ist der durchaus gutartige Verlauf, obwohl sich unter den Erkrankten 93% Ungeimpfte befanden. Auch im Verlaufe der Epidemie keine Virulenzsteigerung. Der Beginn war meist ein plötzlicher mit Schüttelfrost, die Eruption selbst unterschied sich wenig von der üblichen Beschreibung der Variolois, zeigte sich zuerst meist im Gesicht. Es zeigte sich auch die bekannte Tatsache der Häufung von Effloreszenzen an chemisch, thermisch oder mechanisch vorher gereizten Stellen, ebenso als wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber den Varizellen die Gleichzeitigkeit der Entwicklungsstadien der Effloreszenzen. Diazoreaktion nur in 1,4% der untersuchten Fälle positiv; bei 8 Fällen Eiweiß, nur in Spuren. WR stets negativ. Inkubationszeit (bei 2 Patienten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bestimmt) 14 bzw. 17 Tage; mittlere Dauer der Krankheit 33 Tage, Mortalität 0,16%. Früher geimpft waren 43 Kranke (6,9%), auf diese entfallen 16 der beobachteten 40 akneiformen Exantheme, dagegen nur 2 schwere Exantheme bei vor 50 bzw. 60 Jahren Geimpften. Die Beurteilung der Wirkung der Impfung im Inkubationsstadium ist eine sehr schwierige, das längste Intervall zwischen Impfung und Fieberausbruch, nach dem noch eine Pockenerkrankung beobachtet wurde, betrug 9 Tage; bei allen, die länger als drei Tage vor Fieberausbruch vakziniert worden waren, sah man durchweg nur schwache Exantheme sich entwickeln. In differentialdiagnostisch schwierigen Fällen kamen die biologischen Methoden des makroskopischen Paulschen Versuches an der Kaninchenkornea und der Kutanreaktion von Tièche in Betracht. In vielen Beziehungen gleichen dieser Epidemie die leicht verlaufenden Formen der sogenannten „weißen Pocken" oder „Alastrim" (England). E. Levin-Berlin.

Zur Gewinnung keimfreier Schutzpockenlymphe, von E. Illert-Goddelau. (D. m. W., 1923, Nr. 14, S. 446.) Die Wertbestimmung der Lymphe nach Groth kann für die Beurteilung der vakzinalen Virulenz nicht ausschlaggebend sein, da die Empfänglichkeit des Menschen und des Kaninchens für den Vakzinerreger verschieden ist. Verf. weist sodann die Einwände von Gins, daß Trypaflavinlymphen wegen Gelbfärbung der Haut und Wäsche für die Praxis ungeeignet sind, als geringfügig zurück. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der keimfreien Eukupinotoxin-Glyzerin-Schutzpockenlymphe (E.-G.-Lymphe), von F. Kirstein-Hannover. (D. m. W., 1923, Nr. 14, S. 444—445.) In der nach Angaben des Verf. hergestellten Eukupinotoxin-Glyzerin-Lymphe werden die Begleitbakterien mit Ausnahme der Sporen regelmäßig nach 2—4 Wochen abgetötet. Die vakzinale Virulenz war noch nach 3 Monate langer Aufbewahrung der Lymphe im Eisschrank vollkommen erhalten geblieben. F. Harry-Wiesbaden.

Über Gewinnung keimfreier Schutzpockenlymphe, von E. Gildemeister-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 2, S. 109—113.) Die nach Kirstein hergestellte Eukupinotoxin-Glyzerinlymphe wird fast regelmäßig nach 2—3 Wochen keimfrei, vorausgesetzt, daß das Ausgangsmaterial keine Sporen enthalten hat. Die Virulenz wird durch Zusatz von Eukupinotoxin nicht beeinflußt. Trypaflavin- und Rivanollymphen haben sich nicht bewährt. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Reinigung der Pockenlymphe, von J. W. Janzen und L. K. Wolff-Amsterdam. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 1, S. 41—42.) Die Verff. sind der Ansicht, daß die Reinigung der Glyzerinlymphe von Staphylokokken in der Hauptsache durch den Bakteriophagen bewirkt wird. F. Harry-Wiesbaden.

Microbion typhi exanthematici, von W. Bargkin und N. Kritsch-Moskau, übersetzt von E. Nauck, Deutsche Hilfsexpedition. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1923, Bd. 27, Nr. 2, S. 49—64.) Der einzige beständige Befund im Blute und den Organen fleckfieberkranker Menschen und Meerschweinchen während der Fieberperiode ist nur das Microbion typhi exanthematici. Bei 1500 Läusen, die von Fleckfieberkranken in verschiedenen Krankheitsstadien abgelesen wurden, wurden Ausstriche ihres Darminhaltes untersucht, ebenso von 500 von gesunden Menschen stammenden Läusen. Bei den infizierten Läusen wurde das Mikrobion in 70% nachgewiesen, bei den von gesunden Menschen stammenden überhaupt nicht. Auf Grund vergleichender morphologischer Studien und eingehender Kultur- und Impfversuche glauben die Verf. behaupten zu können, daß das Mikrobion mit großer Wahrscheinlichkeit der Erreger des Fleckfiebers ist, der dank seiner charakteristischen morphologischen und kulturellen Eigentümlichkeiten für einen besonderen Mikroorganismus anzusehen ist, der mit keinem bis jetzt bei Fleckfiebergefundenen zu identifizieren ist. G. Aßmann-Barmen.

Digitized by Google

Lepra.

Die Meinicke-Reaktion bei Lepra, von Gershelin. (Klinitscheskaja Medicina, 1923, Nr. 1/2, S. 12.) Nach den Untersuchungen des Verf. fällt die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis und bei Lepra fast gleich oft positiv aus, wogegen die Meinickesche Reaktion bei Lepra viel seltener als bei Lues positiv ausfällt, nämlich bei Lepra in 14,6%, bei Lues in 91,2%. A. Jordan-Moskau.

Eine histologische Untersuchung über das Leprom mittels Vitalfärbung, von M. Chuma und K. Gujo-Osaka. (Virch. Arch., 1923, Bd. 240, H. 3, S. 469.) Verff. haben mit Sodakarmininjektionen und Tuscheinjektionen Vitalfärbungen an Leprakoten vorgenommen und sie hinterher histologisch untersucht. Die Färbung ist ungleichmäßig und am besten nur dort, wo der injizierte Farbstoff gut diffundiert ist. Bei den farbstoffspeichernden Granulationszellen handelt es sich hauptsächlich um Epitheloidzellen und Virchows Leprazellen. Es konnte sehr gut das nebeneinander vorhandene Vorkommen der Farbstoffgranula und der Leprabazillen nachgewiesen werden. Auch die ruhenden Bindegewebszellen nehmen den Farbstoff auf, jedoch haben sie gegenüber den Lepra- und Epitheloidzellen ein geringeres Speicherungsvermögen.
E. Langer-Berlin.

Tuberkulose.

Die physikalischen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris, von A. Jesionek und St. Rothmann-Gießen. (Kl. W., 1923, Nr. 19, S. 883.) Indem die Verff. die Kauterisation, Heißluftbehandlung, Diathermie und Röntgenbehandlung mehr oder weniger zur Lupusbehandlung abgelehnt haben, schildern sie eingehend ihre natürliche und künstliche Lichttherapie, die sie für die Methode der Wahl erklären.
E. Langer-Berlin.

Elektrokoagulation bei Lupus (Electro-Coagulation in Lupus), Redaktionsartikel. (Lancet, 1923, Nr. 5202, S. 966.) Im Finsen-Institut in Kopenhagen hat A. Vibede (Acta Oto-Laryngologica, 1923, Bd. 5, H. 1) in der Zeit von November 1919 bis August 1921 eine Serie von 283 Lupusfällen mit starker Diathermie (Apparat von Löwenstein-Berlin) behandelt. Von der Gesamtzahl führten allerdings nur 193 Pat. die Kur vollständig zu Ende; unter diesen konnten 160 als anscheinend völlig geheilt entlassen werden. Bei 128 Fällen dauerte die Behandlung weniger als einen Monat. Allerdings erfordert dieselbe eine äußerst exakte Technik, und sie ist durchaus nicht schmerzlos, so daß bei manchen Pat. Anästhesie mit Äther oder Äthylchlorid erforderlich ist. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein weiterer Fall von toxischer Stomatitis und Dermatitis durch Krysolgan, von Schwermann, Sanatorium Bandelier, Schöneberg bei Wildbad. (Zschr. f. Tbc., 1923, Bd. 38, H. 2, S. 97—100.) Nach 8 Krysolganinjektionen (0,05 steigend bis 0,2) entstanden bei einer an proliferativer Lungen- und an Larynxtuberkulose leidenden Patientin unter ziemlich erheblichen Schluckbeschwerden sowie bei Temperaturanstieg recht heftige Entzündungserscheinungen der Mundschleimhaut, die zu membranösen Belegen führten, sowie ein ziemlich ausgedehntes Exanthem der Haut. Restlose Rückbildung nach 10 Tagen. Gleichzeitig Herdreaktion der Lunge. Verf. hält diese Toxikodermie für eine anaphylaktische Erscheinung. Er warnt auf Grund dieses Falles und ähnlicher Fälle anderer Autoren vor der Annahme, daß Krysolgan ein indifferentes Mittel sei, und empfiehlt genaue Beobachtung der Kranken während der Krysolgankur und prophylaktische Mund- und Hautpflege. F. Jacobsohn-Berlin.

Experimentelles zur Prüfung der Frage, inwieweit der Lupus auf humaner oder boviner Infektion beruht, von M. Kirchner-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 4, S. 95—98.) Bakteriologische Untersuchungen von 36 Lupusfällen mittels Übertragung der Hautstückchen auf Meerschweinchen und nachfolgender Kulturanlegung hatten bei 13 = 36,1% ein negatives Ergebnis. Von den mit positivem Erfolg Geimpften ergaben den T. humanus 11 = 47,83% und den T. bovinus 12 = 52,17%. Diese Werte stehen im Widerspruch zu den bisher von verschiedener Seite gefundenen Zahlen, wo der T. humanus im Durchschnitt in etwa 80% der Fälle gefunden worden ist. B. Peiser-Berlin.

Über toxische tuberkuloide Strukturen, von Guillery, Hyg. Inst. Köln. (Zschr. f. Tbc., 1923, Nr. 1, S. 1—22.) Verf. hat experimentell die Wirkung der Toxine lebender Tuberkelbazillen auf das Gewebe untersucht. Zu diesem Zwecke hat er frische, Tuberkelbazillen enthaltende, vollkommen abgedichtete Schilfsäckchen, die zwar eine Diffusion der von den Bazillen erzeugten Giften gestatten, nicht aber der

Digitized by Google

Bakterienleiber selbst, Kaninchen in die Bauchhöhle eingenäht. Schon nach kurzer Zeit zeigten sich neben schweren Degenerationen Veränderungen der Leber. Das Netz in großer Ausdehnung in der näheren Umgebung, aber auch in weiterer Entfernung von dem Schilfsäckchen mit typischen tuberkulösem Gewebe, Epitheloid-, Rund- und Riesenzellen, aber ohne Verkäsung, durchsetzt. Diese vom Verf. wegen des Fehlens der Verkäsung als tuberkuloide Strukturen bezeichneten Bildungen werden von ihm als reine Toxinwirkung aufgefaßt und er glaubt dadurch die in neuester Zeit betonte Ansicht, daß ohne Krankheitserreger keine Riesenzellen entstehen können, widerlegt zu haben. Als Beispiel der Toxinwirkung führt er die spontane Heilung von Hauttuberkuliden nach Entfernung eines Drüsenherdes an. B. Peiser-Berlin.

Die vergleichende Intradermoreaktion mit Tuberkulin und mit Eigenserum als Maß der spezifischen Überempfindlichkeit in der Tuberkulose, von C. Fischer-Montana. (Zschr. f. Tbc., 1923, Bd. 38, H. 2, S. 81—85.) Die Intradermoreaktion mit Tuberkulinserumgemisch gibt, besonders mit der reinen Tuberkulinreaktion in Beziehung gebracht, sehr wertvolle Aufschlüsse über die spezifische positive und negative Allergie der Haut und des tuberkulösen Organismus. Das Verfahren soll einen Einblick in den Grad der Toxämie Tukerkulöser einerseits und die Menge der im Blute kreisenden, wirksamen Abwehrstoffe andererseits gestatten. F. Jacobsohn-Berlin.

Verstärkung und Abschwächung der Tuberkulinwirkung durch Serum, von Werner Jadassohn-Breslau. (Kl. W., 1923, Nr. 20, S. 913.) Tuberkulinverdünnungen 1:50000 werden durch Vermischen mit aktivem und inaktivem menschlichen Serum in ihrer Wirkung bezüglich der Reaktionsfähigkeit beim Tuberkulösen erhöht, wenn man dieses Gemisch einige Zeit bei Zimmertemperatur aufhebt, während dieses Phänomen nicht eintritt, wenn das Gemisch sofort nach der Herstellung zur Injektion kommt, hier tritt eher eine Reaktionsabschwächung ein. Stärker als dieses Gemisch wirkt der Zusatz von inaktiviertem Rattenserum, während die Reaktion durch Mischen mit aktivem Rattenserum herabgesetzt wird. Ebenfalls eine Verstärkung der Reaktion, aber kleiner als durch Menschenserum, wird durch Mischung mit Meerschweinchenserum und Tuberkulin erzielt. Verf. glaubt annehmen zu dürfen, daß das Tuberkulin im tuberkulösen Organismus durch Verbindung mit einer thermostabilen Substanz ohne Mitwirkung von Komplement in giftiges Tuberkulopyrin übergeführt wird. E. Langer-Berlin.

Tuberkulinüberempfindlichkeit und Anaphylaxie, von W. Dietrich und F. Klopstock-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 17, S. 780.) Verff. nahmen eine Prüfung der Tuberkulinüberempfindlichkeit an den isolierten und in einer 37° warmen, sauerstoffdurchströmten Thyrodelösung aufgehobenen Uteri tuberkulöser Meerschweinchen vor, wobei sich zeigte, daß zwar eine Überempfindlichkeit des tuberkulösen Individuums gegen Tuberkelbazilleneiweiß, nicht aber gegen Tuberkulin besteht, selbst wenn dieses in hoher Konzentration Verwendung fand. Aber auch Überempfindlichkeit gegen Tuberkelbazilleneiweiß beruht nicht allein auf Anaphylaxie, sondern diese ist nur eine Komponente des ganzen Reaktionskomplexes. E. Langer-Berlin.

Allergie und Miliartuberkulose, von R. Kortewег-Amsterdam, Path. Institut Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 92, H. 1—2.) Unter Miliartuberkulose will Verf. nicht die akute allgemeine miliare Tuberkulose verstanden wissen, sondern die Anwesenheit einer größeren Anzahl von Tuberkeln in verschiedenen Organen. Unter Tuberkel versteht er ein Knötchen tuberkulösen Ursprungs, ohne Berücksichtigung seines Baues. An Hand eines großen Sektionsmaterials hat Verf. genaue Feststellungen über Zahl und Art des Tuberkels bei jedem einzelnen Fall gemacht. Er ist der Ansicht, daß sich die Zahl der Tuberkel sowie ihr Bazillengehalt nach seiner Methode errechnen lassen für jedes einzelne Organ und daß jeder Fall einen spezifischen Tuberkelbau hat, der größtenteils von den Immunkräften des Organismus abhängig ist. Der Tod an Miliartuberkulose im klinischen Sinne kann nur in den Fällen eintreten, wo in den Lungenherden der bindegewebige „Giesonsaum", dessen Stärke mit den Immunkräften direkt zusammenhängt, ganz fehlt; dann gleichen die Knötchen auch nicht mehr typischen Tuberkeln, sondern broncho-pneumonischen Herden. Die tuberkulöse Meningitis ist nicht gleichbedeutend mit allgemeiner Aussaat, sondern mehr eine zufällige Komplikation. Es läßt sich nachweisen, daß nicht allzu ausgiebige Aussaaten vom betreffenden Individuum überwunden werden können. Nach der Stärke des Allergiegrades, die sich aus den Eigenschaften der Tuberkel bestimmen lassen, kann man die Fälle von Miliartuberkulose in 4 Stärkegrade einteilen. Es gelingt sogar an ausgeheilten Tuberkeln, auf den Zeitpunkt ihrer Entstehung zu schließen. Die Hauttuberkel verhalten sich in ihren Eigenschaften genau wie die Tuberkel innerer Organe, so daß es statthaft ist, auf Grund

Digitized by Google

ihres Aussehens und ihres Allergiegrades auf die der inneren Organe Schlüsse zu ziehen. A. de Lemos-Hamburg.

Sollen alle Tuberkulöse behandelt werden?, von C. Kraemer-Stuttgart. (Zschr. f. Tbc., 1923, Nr. 1, S. 28—32.) Für die Behandlungsbedürftigkeit der Tuberkulose ist die subkutane Tuberkulindiagnose von ausschlaggebender Bedeutung. B. Peiser-Berlin.

Erfahrungen mit Ponndorfscher Hautimpfung, von G. Lieschke-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 19, S. 606—608.) Frische Fälle von Schleimhauttuberkulose reagierten rasch und erfolgreich. Bei frischem Lupus und bei Rachentuberkulose konnte Besserung erzielt werden. Fortgeschrittene Fälle (Kehlkopftuberkulose mit Lungenerscheinungen) blieben unbeeinflußt. F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Die Verhütung von kongenitaler Syphilis (The Prevention of Congenital Syphilis), von J. H. Sequeira-London. (Lancet, 1923, Nr. 5201, S. 936.) Das Thema bespricht Verf. mehr vom Standpunkt der öffentlichen Hygiene aus und bringt dem Facharzt nichts Neues. Bemerkenswert ist allerdings die in der London Hospital Antenatal Clinic getroffene Einrichtung, alle Applikantinnen der WR-Untersuchung zu unterziehen. Von 700 Erstgebärenden gaben 19 eine positive Reaktion, doch konnte (namentlich an einem besonders beweiskräftigen Fall) bestätigt werden, daß gelegentlich eine Schwangere auch ohne syphilitische Infektion positiv reagiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis insontium bei Schülern (Syphilis Insontium in Schoolchildren), von H. Sheasby-Cardiff. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3254, S. 809.) Kurzer Bericht über 3 Knaben im Alter von 12—13 Jahren. Von anderer Seite war die Diagnose auf Trichophytie bzw. Impetigo und Psoriasis gestellt worden. Infektionsquelle nicht nachgewiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

b. Pathologie und Klinik.

Ein zweiter syphilitischer Initialaffekt ein Jahr nach dem ersten (A Second Initial Lesion of Syphilis One Year After the First), von W. C. Nichols und A. A. Nichols-Fargo. (J. Am. m. Ass., 1923, Nr. 12, S. 843.) Patient, 28 Jahre alt, hatte einen wenig ausgedehnten Schanker am Glied mit Sekundärerscheinungen (makulöspapulöser Ausschlag) gehabt, aber die spezifische Kur (Arsphenamininjektionen und Quecksilbereinreibungen) in sehr unregelmäßiger Weise durchgemacht. Ungefähr 14 Monate nach dem ersten Affekt stellte sich an der Oberlippe ein typischer indurierter Schanker ein (zahlreiche Spirochäten nach Giemsa-Färbung); WR positiv. Auf 0,6 g Arsphenamin war innerhalb einer Woche das Geschwür fast völlig verschwunden. M. Stern-München.

Spondylitis luetica, von Max Jessner-Breslau. (Kl. W., 1923, Nr. 14, S. 638.) Verf. beschreibt zwei ausgeprägte und einen abortiven Fall von Spondylitis luetica, deren hervorstechendste Symptome, Druck- und Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule, Schmerzen, die von der Wirbelsäule ausstrahlen, und Bewegungseinschränkungen des Kopfes bei Befallensein der Halswirbelsäule sind. Von einer Tuberkulose der Wirbelsäule ist die Lues nur durch Röntgenaufnahme, WR und therapeutischen Erfolg zu trennen. Abortive Fälle kommen sicherlich recht häufig vor, entgehen aber durch ihr rasches Verschwinden unter der antiluetischen Kur. Im Gegensatz zu den zerstörenden luetischen Knochenprozessen an anderen Knochen tritt die Spondylitis meist in den ersten Jahren nach der Infektion auf. Die Erkrankung kann durch Traumen ausgelöst oder verschlimmert werden. E. Langer-Berlin.

Über einen Fall von Syphilis des Unterkiefers im Verein mit Noma (A propos d'un cas de syphilis du Maxillaire inférieur compliqué de Noma), von G. Picot und Ch. Ruppe. (Presse méd., 1923, Nr. 25, S. 288.) Ein verheirateter Mann, 58 Jahre alt, Vater von 5 Kindern (keine Aborte) kam wegen Schwellung und Schmerzen am rechten Unterkiefer, Pyorrhoe und kleiner Gangränstelle am Zahnfleisch zur Aufnahme, nachdem er bis 4—5 Wochen zuvor angeblich stets gesund gewesen war. Am Schädeldach fanden sich außerdem einige rundliche Knochenschwellungen. Diagnose: Knochensyphilis. Behandlung mit Bismut und Mundspülungen (Methylenblau, Salvarsan, H_2O_2), Injektionen von Antigangränserum. Tod 6 Wochen nach der ersten Untersuchung. Die bakteriologische Untersuchung ergab eine Unmasse von verschiedenen Mikroorganismen,

Digitized by Google

hauptsächlich aber fusiforme Bazillen, Leptothrix buccalis, Pneumokokkus, Cercomonas hominis, Bacillus romasus und Staphylococcus parvulus. Verf. bespricht die pathologische Anatomie der Knochensyphilis im allgemeinen und betont den Umstand, daß erst durch eine sekundäre Infektion in der Regel der Prozeß in eine maligne Form übergeführt wird. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Knochensyphilis, von Julius Weiss-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 21, S. 716—717.) Syphilitische Knochenerkrankung ist pathognomonisch für Lues congenita, über die Erkrankung bei Lues acquisita sind die Mitteilungen, abgesehen von den gummösen Schädelaffektionen, spärlich. In dem Falle einer 45jährigen Frau wurde, nachdem sie 2 Jahre lang ohne Besserung an einer anscheinenden Ischias behandelt worden war, röntgenologisch festgestellt, daß es sich um eine durch einen Unfall auf der Basis einer bereits vorher bestehenden Osteoperiostitis eingetretene Schenkelfraktur handelte; da die Erkrankung sich bei vorherigem Wohlbefinden anscheinend ohne akute Erscheinungen entwickelt hatte, war am meisten an eine syphilitische Ätiologie zu denken. WR stark positiv. Spezifische Therapie führte zum Schwinden der Erscheinungen. E. Levin-Berlin.

Über Albuminurie bei Frühsyphilis, von A. Dreyer-Köln. (D. m. W., 1923, Nr. 17, S. 550.) Bereits im Primärstadium der Syphilis können die Nieren durch direkte Spirochätenwirkung verändert werden. Die Anzeichen dafür bestehen in der Ausscheidung von Eiweiß. F. Harry-Wiesbaden.

Glykosurie bei Heredolues (Glicosuria in eredolue), von G. Milani. (Riforma med., 1923, Nr. 21.) Fall von Diabetes bei einem 12jähr. Kind mit allen Symptomen von Heredolues und stark positiver WR. $3^1/_2$% Zucker, kein Eiweiß, Anwesenheit von Azeton; tägliche Harnmengen von 2—$2^1/_2$ l. Es wurden zwei vorsichtige Neosalvarsandosen gegeben, allein die Weiterbehandlung konnte aus äußeren Gründen nicht fortgesetzt werden. Das Kind starb 5 Monate später, unbehandelt, an Marasmus.
E. Freund-Triest.

Gummen der Hypophyse, von Erich Cohn-Berlin. (Virch. Arch. f. path. Anat. u. Phys., 1923, Bd. 240, H. 3, S. 452.) Verf. führt die gesamte über dieses Gebiet bestehende Literatur an und bespricht sie kritisch bezüglich ihrer klinischen und pathologisch-anatomischen Symptome. Den vorhandenen 21 Fällen, von denen das weibliche Geschlecht mit etwa 80% beteiligt ist, fügt Verf. eine neue, bei einer 43jähr. Frau aufgetretene gummöse Hypophysenerkrankung hinzu. Es handelte sich um ein Gumma der Hypophyse mit Beteiligung des Infundibulums und Durchwachsung der N. optici; wahrscheinlich ging die Erkrankung vom Boden des dritten Ventrikels aus. Daneben waren narbige luetische Erscheinungen am Gaumen, am Pharynx und Epiglottis. Histologisch war die Hypophyse von einem riesenzellenhaltigen Granulationsgewebe durchsetzt, das nur am Vorderlappen einen Rest von Drüsenzellsträngen übrig ließ. In dem Granulationsgewebe lagen mehrere miliare Gummen. Klinisch bestanden nur Zeichen, die auf eine Lues cerebrospinalis hindeuteten, daneben aber eine angedeutete Dystrophia adiposogenitalis, wie sie bisher noch in keinem Falle von Hypophysengumma beobachtet ist. E. Langer-Berlin.

Studien über Familien-Nervensyphilis. II. Familiäre Neurosyphilis aus verschiedenen extrafamiliären Quellen: ein klinischer Beitrag zur Frage des Neurotropismus (Studies in Familial Neurosyphilis. II. Familial Neurosyphilis from Various Extrafamilial Sources: a Clinical Contribution to the Question of Neurotropism), von J. E. Moore und A. Keidel-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1923, Nr. 12, S. 818.) In Fortsetzung früherer Studien bringen Verf. nun einen ausführlichen Bericht über 3 Familien, wovon zwei je 3 Glieder und eine 2 Glieder umfaßten, welche sämtlich aus verschiedenen Quellen und zu verschiedenen Zeiten Syphilis akquirierten und alle Nervensyphilis bekamen. In der einen Familie akquirierten Vater und ältester Sohn in einer Zwischenzeit von 15 Jahren Taubheit und der jüngste Sohn asymptomatische Nervensyphilis, in der zweiten Familie hatten von drei Brüdern zwei Taboparesis und einer Tabes dorsalis. Solche Vorkommnisse können am besten auf der Basis familiärer Prädisposition erklärt werden und es ergibt sich auch aus ähnlichen, in der Literatur beschriebenen Fällen die zweifellose Tatsache, daß persönliche, familiäre oder Rassenprädisposition zu Schädigung des Nervensystems den Verlauf der Syphilis in hohem Maße beeinflussen. Sowohl die klinische Beobachtung wie die experimentellen Versuche (an Tieren von Levaditi und Marie ausgeführt) geben noch keinen einwandfreien Beweis und haben die Frage noch nicht gelöst, ob es einen speziellen neurotropischen Stamm der Spirochaeta pallida gibt. M. Stern-München.

Digitized by Google

Meningitis basalis gummosa chiasmatis mit zurückbleibendem bitemporalen Zentralskotomen, von J. Strebel-Luzern. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 19, S. 467.) Der Herd, der offenbar ein exquisit schwellungsfähiges neugebildetes Gewebe zwischen Chiasma und Hirnbasis darstellte, rief durch gesteigerten Druck Anfälle von Erblindung mit Papillitis und Neuritis hervor; unter Hg-Behandlung wurde er gleichsam mobilisiert und umgeschaltet, so daß zuerst eine Verschlechterung auf dem besseren Auge eintrat, die dann unter weiterer spezifischer Behandlung, speziell mit massiven JNa-Dosen einer raschen Besserung Platz machte und auf dem zuerst erblindeten Auge fast in eine restitutio ad integrum überging. Die WR war zweimal negativ gewesen. Bei spezifischen Hirnaffektionen und negativem Blut-Wassermann wirken massive Joddosen günstiger als die Hg-Medikation. E. Levin-Berlin.

Schützt die Behandlung der Syphilis vor dem Auftreten der sogenannten Metalues?, von Emil Redlich. (W. m. W., 1923, Nr. 14, S. 655.) Unter Besprechung der wichtigsten einschlägigen Literatur kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Mehrzahl der an Paralyse und Tabes erkrankten Personen hat im Frühstadium keine oder nur eine ungenügende Behandlung durchgemacht. Aber es gibt auch die intensivste antiluetische Behandlung keinen Schutz gegen die Metalues. Die Behandlung der Frühlues verlängert keineswegs das Intervall zwischen Infektion und Auftreten von Paralyse und Tabes, seit der Salvarsanbehandlung ist dieses Intervall oft sogar sehr verkürzt. E. Langer-Berlin.

Zum Paralyse- und Tabesproblem, von Raecke-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 958.) Verf. spricht sich entschieden dagegen aus, daß die obigen Erkrankungen rein durch toxische Einflüsse bedingt seien. Sie sind im Gegenteil das Resultat der Anwesenheit der Spirochäten, und zwar handelt es sich bei der Tabes um eine extra-zerebrospinale Spirochätosis, die ihren Ausgangspunkt im Subarachnoidalraum nimmt, dessen Flüssigkeit sämtliche Angriffsstellen umspült. Nur beim N. opticus findet sich ein vaskulär-infiltrativer Vorgang. Die Paralyse ist eine intra-zerebrospinale Spirochätose, deren Erkrankungsherde an die Ausbreitung der Spirochäten gebunden sind. Auch bei der Endarteriitis syphilitica des Gehirns muß man wohl auf Grund der histologischen Befunde als bedingendes Moment die Anwesenheit von Spirochäten annehmen. E. Langer-Berlin.

Schmelzhypoplasien der Molaren bei kongenitaler Syphilis, von Karl Scholl-Bonn. (Inaug.-Diss., Bonn 1922.) Der Hypoplasie am ersten bleibenden Molaren und dem charakteristischen Hutchinson-Zahn kommt zwar eine Bedeutung für die Diagnose der kongenitalen Lues zu, aber nicht immer ist die Lues nachweisbar. Es kommt zu den Zahnveränderungen auf dem Umwege einer endokrinen Dysfunktion, die auch durch andere frühzeitige Erkrankungen bedingt sein kann. E. Langer-Berlin.

Syphilis übertragen auf die dritte Generation (Syphilis transmitted to the third generation, von F. T. East. (Lancet, 1923, Bd. 204, Nr. 5186.) Eine 23jähr. Frau wies neben Zahnanomalien eine typische interstitielle Keratitis, derentwegen sie schon einmal mit 8 Jahren behandelt worden war, auf; WR stark positiv. Ihr Vater und 2 Schwestern sind völlig gesund, ihre Mutter hat bei stark positiver WR Zeichen einer in früher Jugend überstandenen Keratitis parenchymatosa und einen hohen Gaumen. Deren Vater, der in hohem Alter gestorben ist und Soldat in fremden Diensten gewesen war, hat die Lues in die Familie gebracht. E. Sklarz-Berlin.

Bemerkungen über die Diagnose der hereditären Syphilis (Essai sur le diagnostic de la Syphilis héréditaire), von E. Leredde. (Presse méd., 1923, Nr. 27, S. 310—312.) Verf. bringt eine ausführliche Besprechung der zahlreichen Krankheitsprozesse, welche als Folgewirkung der intrauterinen Syphilis auftreten können, und legt dar, daß kein Organ in dieser Liste fehlt. Nur ist der Nachweis nicht immer leicht zu erbringen und erfordert oft eine viel eingehendere Nachforschung, als in den meisten Fällen ausgeführt wird. Als ein interessantes Beispiel für die Bedeutung einer wirklich vollständigen Untersuchung führt L. den Fall eines 17jähr. Mädchens an, das seit dem zweiten Lebensjahre an Prurigo gelitten hat und bei welchem bei negativem Blut-Wassermann die Zerebrospinalflüssigkeit positiv reagierte und Steigerung des Druckes und des Globulins aufwies. Er hat übrigens nachgewiesen, daß in Frankreich jährlich mehr als 40000 Kinder an hereditärer Lues zugrunde gehen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Diagnose der kongenitalen Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge; die sicheren klinischen Symptome (Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-

Digitized by Google

nés et des nourrissons; les signes cliniques de certitude), von A. B. Marfan. (Presse méd., 1923, Nr. 33, S. 373.) Klinischer Vortrag. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Diagnose der kongenitalen Syphilis bei Neugeborenen und Säuglingen, klinische Wahrscheinlichkeitssymptome und Wassermannsche Reaktion (Diagnostic de la Syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons. signes cliniques de probabilité, la réaction de Wassermann), von A. B. Marfan. (Presse méd., 1923, Nr. 36, S. 405.) In diesem klinischen Vortrag bespricht Verf. u. a. die relative Häufigkeit der Zwillingsgeburten, das Vorkommen von Hydramnion, die Melaena neonatorum, das Symptom der häufigen Brechneigung, das behinderte Wachstum bei Fehlen von erkennbarer Ursache, die Lymphadenitis subepitrochlearis duplex, frühzeitige adenoide Wucherungen, Thymushypertrophie, dauernde einseitige Hydrozele und Hodenschwellung, das essentielle konvergente Schielen usw. Bei den Pfleglingen des Hospice des Enfants-Assistés wäre es wünschenswert, die WR viel häufiger auszuführen als dies im allgemeinen möglich ist, besonders weil die Säuglinge häufig zu Ammen aufs Land gegeben werden und somit die Möglichkeit einer verhängnisvollen Übertragung der Syphilis oft nahe gerückt wird. A. Philippi-Salzschlirf.

Das Schicksal der kongenital-syphilitischen Kinder, von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 4, S. 98—105.) Zwei Faktoren sind für das Schicksal der kongenital-syphilitischen Früchte maßgebend: einmal das Stadium der Syphilis der Eltern und zweitens der Behandlung der Mutter vor und während der Schwangerschaft. Je ausreichender mit den modernen Hilfsmitteln die Behandlung erfolgt ist und je günstiger die hygienischen und sonstigen Lebensverhältnisse für das Kind sich gestalten, desto besser sind die Aussichten für die Zukunft. Mit aller Schärfe weist Verf. die Ansicht zurück, daß die Syphilis der Eltern eine Indikation zur Fruchtabtreibung sei. B. Peiser-Berlin.

Über einen Fall von Aneurysma der Bauchaorta auf kongenital-syphilitischer Grundlage, von Fritz Paul, Prosektur des Franz-Josef-Spitals Wien. (Virch. Arch., Bd. 240, H. 1/2, S. 59.) Ein auf Lues beruhendes Aneurysma der Bauchaorta ist nur einmal von Nixon beschrieben. Im gegenwärtigen Falle handelt es sich um ein 18jähr. Mädchen, virgo intacta, mit ausgesprochenem Infantilismus. WR und MR negativ. Patholog-anatomischer Befund: Mesaortitis luetica mit mehrfacher Aneurysmenbildung. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose, wenn auch Syphilisspirochäten weder in der Aorta noch in den Organen nach Levaditi festgestellt werden konnten. Lues ist aber sicher, weil der Vater positiven Wassermann hat. Mutter +, 2 Aborte, 2 Totgeburten. Verf. zitiert die Veröffentlichungen zahlreicher Autoren über kongenitale Mesaortitis bezüglich Aneurysmen der Aorta. Rebaudi konnte in 13 Fällen von 17 untersuchten luetischen Föten typische Mesaortitis feststellen; fünfmal waren Spirochäten nachzuweisen. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Blutbefunde bei angeborener Syphilis, von Walter Nitschke, Waisenhaus Rummelsburg. (Arch. f. Kinderhlk., Bd. 72, H. 2, S. 136.) Mäßige Tendenz zur Vermehrung der weißen Blutkörperchen pro Kubikmillimeter, besonders der Lymphozyten. Die Lymphozytose scheint durch Salvarsan und Hg nicht beeinflußt zu werden. Die Bedeutung der polynukleären neutrophilen Leukozyten kann nicht so groß wie die der Lymphozyten sein, da ihre prozentualen wie absoluten Werte gegebenenfalls durchweg zugunsten der Lymphozyten vermindert sind. Aus der Verschiebung der polynukleären neutrophilen Leukozyten zu ihren Jugendformen geht nur hervor, daß es sich bei der Lues um eine die Verschiebung begünstigende Erkrankung handelt, irgend eine Spezifität dürfte aber nicht herauszulesen sein. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Ependymitis ulcerosa und Riesenzellenleber bei Lues congenita, von Richard Seckel, Path. Inst. Würzburg. (Zbl. f. allg. Path., Bd. 33, Nr. 13, S. 337.) Sektion eines 5 Tage alten Kindes. Die Leber nicht vergrößert, dunkelblau gefärbt, an der Oberfläche glatt, auf dem Durchschnitt dunkelgrüne Verfärbung. Läppchenzeichnung war zu erkennen. Die Zentren der Acini heben sich als besonders dunkle Punkte ab. Im Gehirn war das Hinterhorn des linken Seitenventrikels erweitert, darin starke blutige Flüssigkeit. Am Boden des linken Ventrikels ein kreisrunder Herd, am Boden des rechten drei etwas kleinere Herde. Die Innenfläche schüsselförmig eingesunken und rauh, das Ependym undurchsichtig, offenbar verkalkt. In den rechtsseitigen Herden die Oberfläche geschwürig. Im Bereich der Ulzera Spirochäten. Mikroskopisch in der diffus zirrhotischen Leber ungewöhnliche Mengen Riesenzellen, etwa 10mal so groß wie normale Leberzellen, nirgends zu Bälkchen geordnet; sie machen die größte Masse der Parenchymzellen aus. Leberzellen mit degenerierten Kernformen, gekennzeichnet durch

Digitized by Google

einen galligpigmentreichen kleinen rundlichen Zelleib mit kommaförmigem exzentrischen Kern. Die Ulzera im Gehirn sind durch den Gehalt von fettsäurereichen Körnchenkugeln, an fettsaurem Kalk in Myelintrümmern und an amorphem Eisen ausgezeichnet und durch den Spirochätenbefund als luetisch erwiesen. Es ist anzunehmen, daß die Ulzera durch Wirksamkeit des spezifischen Virus und Einwanderung der Spirochäten vom Liquor cerebri aus entstanden sind. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Die syphilitische Vaskulitis der Nabelgefäße beim Neugeborenen, von Gösta Ekehorn. (Virch. Arch., Bd. 242, H. 1/2.) In allen (5) Fällen war eine Vaskulitis der Nabelgefäße innerhalb des Körpers vorhanden. In der Vene ist sie nirgends mächtig, ohne besondere Prädilektionsstellen, in dem „kaudalen Arterienbogen" (Arteria iliaca communis, interna, Nabelarterie) ist die Entzündung dagegen öfters stark, sogar sehr stark. Dieselbe ist eine Vaskulitis der Vasa vasorum, die auf die Umgebung sich ausbreitet. Die Veränderungen der kleinsten Gefäße bei syphilitischen Erkrankungen im allgemeinen (z. B. bei der progressiven Paralyse) haben eine viel größere Bedeutung, als man bisher angenommen hat; die Erkrankung der feineren Gefäße und ihrer Umgebung ist das Wesentliche bei den luetischen Veränderungen. Die Entzündung ist folglich auf Adventitia und deren umgebendes Gewebe beschränkt, dehnt sich nur wenig in der Media aus; bei dieser hingegen beobachtet man einen öfters erheblichen Umbau, der teils in Degeneration, teils in Regeneration besteht und zum völligen Schwund der Media an mehr oder weniger großen Stellen der Wand und Ruptur führen kann. Die Regeneration offenbart sich in diffuser und knotenförmiger Neubildung einer oft minderwertigen Muskulatur. Die Entzündung hat eine gewisse Tendenz zur Ausheilung mit schwieligen Narben, die sich durch die ganze Gefäßwand erstrecken können. Die Entzündung hat eine ausgesprochene Lokalisation zu gewissen Teilen des „kaudalen Arterienbogens". Es wird die Vermutung ausgesprochen, daß hier ein Locus minoris resistentiae besteht, daß hier aus verschiedenen Ursachen eine bleibende Minderwertigkeit des Gewebes entstehen kann, die spätere Erkrankung veranlassen könnte; die Arteriosklerose z. B. ist oft eben hier lokalisiert. Die Entzündung verteilt sich im „kaudalen Gefäßbogen" in derselben Weise wie die Aortitis der Erwachsenen im Aortenbogen; die Lokalisation wird aller Wahrscheinlichkeit nach von gewissen Stromverhältnissen des Blutes bestimmt, die den Durchgang der Spirochäten durch die Gefäßwände ermöglichen. Die Entzündung ist anfangs exsudativ; in der Nabelschnur bleibt sie immer bei diesem Charakter, es gibt im Schleimgewebe keine Möglichkeit zu einer granulierenden Entzündung. Innerhalb des Körpers entsteht aber sehr bald eine granulierende, produktive Entzündung von dem bei Lues gewöhnlichen Charakter, deren Zellen von den Zellen des Bindegewebes, nicht von Lymphozyten, sich entwickeln. Die Granulation dürfte von den Toxinen der Bakterien verursacht sein; sie läuft in einer Sklerose aus. Je schwächer die Toxine einwirken, desto schwächer, desto uncharakteristischer wird die Sklerose. Die Granulation scheint die Spirochäten zu vernichten. Schließlich weist Verf. auf drei früher von ihm veröffentlichte Fälle hin, wo mit ganz ähnlicher Lokalisation in dem kaudalen Gefäßbogen eine primäre Gefäßerkrankung bestand, die höchstwahrscheinlich eine luetische Vaskulitis war und vielleicht die frühesten Fälle sein dürften, wo (wahrscheinlich) Syphilis beobachtet worden ist.

M. Stern-München.

Die vererbte Syphilis als Faktor der Deformation und Entartung, von Meschtscherski. (Medicinski J., 1922, Nr. 10—12, S. 599.) Literarische Übersicht. Verf. stellt dementsprechend folgende Forderung auf: 1. Notwendigkeit genauer Gesetze über die Heirat der Syphilitiker mit strenger Ahndung der Zuwiderhandelnden. 2. Behandlung jeder Mutter, welche einmal Syphilis gehabt hat, während jeder Gravidität. 3. Untersuchung einer jeden Schwangeren, welche sich an irgend eine Krankenanstalt wendet, auf die WR und ihre Behandlung bei positivem Ausfall der Reaktion. 4. Untersuchung eines jeden Neugeborenen auf die WR, wobei er als besten Termin den 10. Lebenstag nach Fordyce hält. 5. Frühzeitige und systematische Behandlung eines jeden syphilitischen Neugeborenen. 6. Einrichtung von Heimstätten nach Welanders Muster für neugeborene syphilitische Kinder, deren Eltern sich nicht behandeln lassen können.

A. Jordan-Moskau.

Über Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Neugeborenen gesunder und luetischer Mütter und über den Infektionsmodus bei der latenten kongenitalen Syphilis, von P. Esch, Univ.-Frauenkl. Marburg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 18.) Unter 30 untersuchten luetischen Müttern reagierten 15 seropositiv, ihre Kinder 11mal positiv und 4mal negativ. Bei den übrigen 15 luetischen Müttern und ihren Kindern

Digitized by Google

war die WR negativ. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß kein Kind sich seropositiv verhielt, wenn das mütterliche Blut seronegativ war. Das Nabelvenenblut kann nur eine positive WR haben, muß es aber nicht, wenn die Mutter auch seropositiv reagiert. Bei seronegativem Blut der Mutter ist auch das Nabelvenenblut seronegativ. Durch Einreißen einzelner Zotten während der Geburt wird die Scheidewand zwischen mütterlichem und fötalem Kreislauf möglicherweise undicht, so daß das mütterliche Blut in diesen übertreten kann. Auf diese Weise kann also ein Kind während der Geburt, vor der Abnabelung, ohne vorherige Erkrankung der Plazenta, infiziert werden. Die hieraus sich ergebende praktische Forderung wäre, Kinder syphilisverdächtiger oder gar syphiliskranker Mütter sofort nach der Geburt abzunabeln. F. Landauer-Berlin.

Syphilis und Lungentuberkulose, von Friedrich Köster, Heilstätte Ambrock b. Hagen i. W., Chefarzt E. Meinicke. (Zschr. f. Tbc., 1923, Bd. 38, H. 2, S. 94—96.) Anführung von 4 Fällen, die dafür sprechen, daß eine alte Lues eine der Ursachen sein kann, die der Ausheilung einer Tuberkulose, zumal im Anfangsstadium, hinderlich sind. Die Kranken fielen auf durch ihren mit dem Lungenbefund allein nicht erklärten schlechten körperlichen und seelischen Gesamteindruck. Die Blutuntersuchungen ergaben das Vorliegen von Lues latens. Verf. empfiehlt daher (nach Meinickes Vorbild) in allen Instituten Anstellung der Seroreaktion bei Neuaufnahmen, und zwar hauptsächlich mit der Meinickeschen Trübungsreaktion (MTR), die erheblich billiger ist als die WR und gerade bei frischer und latenter Lues besonders scharf und spezifisch anzeigen soll. F. Jacobsohn-Berlin.

Statistische Untersuchungen über den Einfluß der Tuberkulose auf die Lues, von Max Landsberger-München. (Virch. Arch., 1923, Bd. 241, S. 392—400.) Statistische Erhebungen an einem größeren Material ergaben, daß pathologisch-anatomisch ein Einfluß der Tuberkulose auf die Lues nicht festzustellen ist. Der geringe Prozentsatz von luetischen Manifestationen bei florid Tuberkulösen — 3,23% gegenüber 9% bei Nichttuberkulösen — erklärt sich ohne weiteres daraus, daß der florid Tuberkulöse gewöhnlich die tertiären Manifestationen der Lues nicht mehr erlebt.

B. Peiser-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose.

Versuche zur Erhaltung von Kulturen der Spirochaeta pallida, von Lichatscheff. (Moskauer Med. J., 1923, Nr. 1—2, S. 6.) Die vom Verf. in 10 Fällen angestellten Kulturversuche der Spirochaeta pallida ergaben ein positives Resultat.

A. Jordan-Moskau.

Über postmortale Spirochätenvermehrung in der Leiche, von E. Kratzeisen-Mainz. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 2, S. 91—94.) Sofort nach der Sektion wurden Leberstückchen, nachdem im Dunkelfeld die Anwesenheit von Spirochäten festgestellt war, in steriler Galle, Bouillon, Wasser und Kochsalzlösung bei 37° aufbewahrt, nach 12, 24, 36, 48 und 72 Stunden Proben entnommen und nach Levaditi gefärbt. Dabei ergab sich, daß noch 12—24 Stunden nach dem Tode geringe Vermehrung stattfinden kann. Diese Methode — besonders geeignet ist sterile Galle — läßt sich auch als Anreicherungsverfahren für den Nachweis von Spirochäten verwenden.

F. Harry-Wiesbaden.

Bemerkungen zu der Arbeit von J. Steinfeld: Zur Frage der Superinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis, von Buschke und Króo. (Kl. W., 1923, Nr. 21, S. 978.) Verff. können aus den Versuchen Steinfelds den Beweis einer Superinfektion als nicht erbracht ansehen und glauben, daß es sich in diesen Fällen bei den Versuchen mit experimenteller Kaninchensyphilis um Reinfektionen handelt. Dagegen führen sie frühere Versuche Buschkes und Fischers an Affen und Fingers und Landsteiners am Menschen an, wo es gelungen war, bei sicher bestehender Lues eine Superinfektion hervorzurufen. Auch ihre letzten eigenen Arbeiten haben prinzipiell einen sicheren Beweis der möglichen Superinfektion bei Spirochätosen erbracht.

E. Langer-Berlin.

Zwei Fälle von spontan ohne Ansteckung entstandener originärer Kaninchensyphilis (Genitalspirochätose), von Fr. Neumann-Dresden. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 2, S. 100—105.) Es sind 2 Kaninchen mit Genitalspirochätose eingeliefert worden, ohne daß die Übertragung der Infektion durch Verkehr oder Berührung mit anderen luetischen Kaninchen stattgefunden hat. Diese Tatsache wird damit erklärt, daß nach Verletzung der Genitalien sich anfangs saprophytische Spirochäten angesiedelt und allmählich, da sie einen günstigen Nährboden gefunden haben, den Pallidatyp angenommen haben. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über das spontane Auftreten von Spirochäten des Pallidatyps bei einem nichtsyphilitischen, isolierten Kaninchen; Bemerkungen zur Arbeit von F. Neumann, von W. Worms-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 18, S. 836.) Als Parallele zu den Neumannschen Beobachtungen teilt Verf. einen Fall mit, wo er mit Dentiumspirochäten eines nicht luetischen Mannes durch Verimpfung auf ein gesundes Kaninchen nach 14 Tagen bei diesem Erosionen vom Typ der originären Kaninchenlues hervorrufen konnte. Fünf gleiche Versuche verliefen negativ, ebenso auch Impfungen mit Refringensspirochäten, während Verf. im Gegensatz zu dem in den Erscheinungen des Kaninchens reinen Vorkommen des Pallidatyps bei einem Tier mit typischer Genitalerkrankung neben Pallida Spirochäten vom Refringenstyp beobachten konnte. Verf. will durch diese mitgeteilten Beobachtungen zu Nachprüfungen auf diesem Gebiete anregen.

E. Langer-Berlin.

d. Serologie.

Die serologische Blutuntersuchung auf Lues als obligatorische Untersuchungsmethode in der ärztlichen Praxis, von H. Gelbenegger, 1. Int. Abt. d. Allg. Krankenh. Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 17.) Die systematische Durchführung ist wertvoll, denn es gelingt dadurch, viele Fälle in einem Stadium der spezifischen Behandlung zuzuführen, in dem wahrscheinlich noch keine tiefergreifenden Organveränderungen stattgefunden haben. E. Levin-Berlin.

Beiträge zum Wesen der Wassermannschen Reaktion, von C. Prausnitz und M. Stern-Breslau. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 4, S. 246—260.) Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß die Auffassung von v. Wassermann und Citron, wonach das Aggregat (Extrakt-Syphilisserum-Komplement) im Kieselgurfilter gespalten und der freiwerdende Extrakt vom Filter absorbiert wird, der Antikörper dagegen in das Filtrat übergeht, nicht zutreffend ist. Es findet keine Spaltung des Aggregates im Filter statt, sondern es gehen stets die jeweiligen Überschüsse von Extrakt oder Syphilisserum in das Filtrat über. Man hat es in der Hand, durch Verwendung bestimmter Konzentrationen von Extrakt und Luesserum Überschüsse entweder von Syphilisserum oder Extrakt im Filtrat zu erzielen oder man erreicht durch genaue quantitative Bindung von Extrakt und Luesserum die sogenannte neutrale Zone im Filtrat. Werden Gemische von Extrakt, Normalserum und Komplement nach der gleichen Technik filtriert, so geht regelmäßig Extrakt in das Filtrat über, dagegen sind dort niemals wirksame Serumbestandteile vorhanden. Da unter bestimmten Konzentrationsverhältnissen von Extrakt und Syphilisserum das Filtrat dieses Gemisches sich von einem Normalserum-Extraktgemisch nicht unterscheidet, ist die sogenannte Bestätigungsreaktion hinfällig geworden. Das Filtrat eignet sich jedoch für eine quantitative Auswertung des Extraktbindungsvermögens luetischer Sera. In Fällen von hartnäckig positiv bleibender WR kann man mit Hilfe der von den Verff. eingeführten Methodik eine etwa in Gang kommende Umstimmung des Körpers frühzeitig erkennen.

F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über den prognostischen Wert der Wassermannschen Reaktion bei spätsyphilitischen Leiden. 2. Aortitis (Investigations into the Prognostic Value of the Wassermann Reaction in Late Syphilitic Diseases), von Th. E. Hess Thaysen-Kopenhagen. (Acta m. scand., Bd. 57, Nr. 6, S. 543—565.) Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an einem Material von 60 Fällen zu dem Schluß, daß dem Ausfall der WR bezüglich der Prognose der Aortitis luetica keine Bedeutung beizulegen ist. Weder über die Schwere der Erkrankung noch über den Verlauf derselben kann uns die WR etwas aussagen. B. Peiser-Berlin.

Über den Wert der Wassermann-Reaktion bei Endokarditis, von W. Kaldeweg-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 14, S. 443—444.) Mitteilung eines Falles von Herzinsuffizienz mit positiver WR. Therapie: Salvarsan, Hg und Jodkali. Die Sektion ergab, daß keine Syphilis bestanden hat. Es handelte sich um Endocarditis aortica et mitralis. F. Harry-Wiesbaden.

Beobachtungen über die Fällungsreaktion bei Syphilis (Observations on the Precipitin Reaction for Syphilis), von Willson B. Moody-Omaha. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 6, S. 383—384.) Ein Vergleich der Untersuchungen von 1500 Sera nach der WR sowie der Kahn-Herroldschen Fällungsreaktion ergab in 1483 Fällen Übereinstimmung. Nach Ansicht des Verf. ist das Resultat damit stets gesichert. Im andern Fall soll die Fällungsreaktion wiederholt werden und ist dann noch Unstimmigkeit, so gilt das Ergebnis der WR. Verf. betont die Einfachheit, Genauigkeit, Sparsamkeit sowie

Digitized by Google

die rasche Ausführbarkeit der Fällungsmethode, so daß diese stets neben der WR angestellt werden sollte. F. Quasig-Hamburg.

Vergleichende Untersuchungen über die Sachs-Georgische Ausflockungsmethode und die Wassermannsche Reaktion, von S. Abelin, Inst. z. Erforsch. d. Infektionskrkh., Bern. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 15, S. 378.) Die Untersuchungen an etwa 1600 Sera und 13 Zerebrospinalflüssigkeiten ergaben in 83,3% Übereinstimmung der beiden Reaktionen, und zwar in allen Stadien und Formen der Erkrankung die WR durchschnittlich häufiger positiv als die SGR. Die letztere zeigte gelegentlich unspezifisch an (Tuberkulose, Gonorrhoe, Lupus erythemat.), sie scheint für Liquoruntersuchungen nicht geeignet zu sein. Ihre Ablesung bot keine Schwierigkeiten, auch Eigenflockungen der Sera kamen äußerst selten vor. Für sich allein sollte sie vorläufig nicht für diagnostische Zwecke verwendet werden, doch stellt sie in manchen Fällen bei kritischer Verwertung des Ergebnisses eine willkommene Ergänzung der WR dar. E. Levin-Berlin.

Die Sachs-Georgi-Reaktion bei kongenitaler Syphilis (La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis congénitale), von L. de Castro Freire und A. Antunes de Menezes. (Arqu. d. Instit. bact. Camara Pestana, Lissabon, Bd. 5, H. 2.) Die Verff. untersuchten mit der SGR 65 Seren und 40 Liquoren, die sie mit Ausnahme von 10 Seren auch mit der WR verglichen. Ihre Resultate sind in ausführlichen Tabellen niedergelegt. Sie fanden bei den Seren Übereinstimmung in 70,3%, bei den Liquoren in 80%. Diese Übereinstimmung der beiden Reaktionen mit der Klinik erweist sich also bei der kongenitalen Lues geringer als sonst bei der Syphilis im allgemeinen. E. Sklarz-Berlin.

Über die Bedeutung der neuen serodiagnostischen Methoden der Syphilis, von Warischtschew. (Klinitscheskaja Medicina, 1923, Nr. 1/2, S. 13.) Warischtschew untersuchte 420 Fälle, bei denen 336, d. h. in 80%, die Resultate der Reaktionen von Sachs-Georgi und Wassermann eine vollkommene, bei 18 Fällen, d. h. in 4,3%, eine relative Übereinstimmung ergaben, bei 66 Fällen auseinandergingen. Da die Reaktion von Sachs-Georgi etwas häufiger als die WR bei Tuberkulose, Abdominaltyphus, Scharlach und besonders chron. Polyarthritis positiv ausfällt, wird man sich, trotz der großen Bequemlichkeiten dieser Reaktion, auf sie allein in zweifelhaften Fällen nicht verlassen dürfen. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Bedeutung der Reaktionen von Sachs-Georgi und Meinicke für die Diagnose der Syphilis, von Günsburg und Strachow. (Moskowski Med. J., 1923, Nr. 1/2, S. 7.) Nach den Untersuchungen von Günsburg und Strachow, welche 2535 Fälle betreffen, stimmte die WR und SGR in 95,2%, die WR und die MR in 96,92% überein, so daß sie der letzteren den Vorzug vor der SGR geben. A. Jordan-Moskau.

Wassermann-Reaktion und Flockungsreaktionen (Wassermann and Flocculation Tests), von A. L. Urquhart. (Lancet, 1923, Bd. 204, Nr. 5186.) Der Vergleich der Reaktionen an 1000 Seren beweist, daß die Flockungsreaktion, die wegen der einfacheren Methodik vorzuziehen sei, ebenso zuverlässige Resultate wie die WR ergibt. Verf. benutzte Schafherzextrakt, dem bestimmte Mengen einer 1%igen alkoholischen Cholesterinlösung zugefügt wurden, und war mit diesem Antigen sehr zufrieden. Verunreinigte oder hämolytische Seren gäben zu falschen Resultaten Anlaß und könnten nicht benutzt werden. Die Gegenwart von Gallenfarbstoffen oder ein antikomplementärer Zustand des Serums stört die Flockungsreaktion nicht. E. Sklarz-Berlin.

Die Serodiagnose der Syphilis in der Hand des praktischen Arztes, Meinickes Trübungsreaktion (MTR), von E. Meinicke und E. Grün-Ambrock. 3. Mitteilung. (D. m. W., 1923, Nr. 19, S. 605—606.) Die weiteren Verbesserungen der MTR bestehen darin, daß nur noch aktive Sera benutzt werden und die Reaktion bei Zimmertemperatur angestellt wird. Man füllt 4 Reagenzröhrchen mit je 0,2 ccm aktiven Serums und setzt den Kontrollröhrchen (2. und 4. Röhrchen) außerdem einen Tropfen 1 : 5 verdünnte Formalinlösung hinzu. Dann bereitet man die Extraktlösung zu (Extrakt + 3% Kochsalzlösung + 45° warmes Wasser mischen und 10 Minuten lang wärmen) und fügt davon den ersten beiden Röhrchen je 1 ccm zu. Den anderen beiden Röhrchen setzt man dieselbe Menge einer zweiten in gleicher Weise zubereiteten Extraktverdünnung zu. Nach einer Stunde kann man bereits das Ergebnis der Reaktion ablesen. Die Verwendung zweier Extrakte, eines dickeren und eines dünneren, ist notwendig, da sonst einige positive Sera unerkannt bleiben würden. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Einige neue Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion im Liquor cerebrospinalis, von Marg. Stern-Breslau und R. Stern-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 18, S. 836.) Das Ultrafiltrat positiver Lumbalflüssigkeiten gibt stets eine negative WR, das des Serums erfährt keinerlei Abschwächung. Die Erklärung für diesen Unterschied ist wohl in dem ungleich höheren Gehalt des Serums an Albuminen zu suchen. Man muß wohl annehmen, daß die vom Ultrafilter zurückgehaltenen Bestandteile des Liquors Teilchen einer Eiweißfraktion, die in der Literatur als Euglobulin bezeichnet wird, darstellen. E. Langer-Berlin.

Zur Frage der Mastixreaktion des Liquor cerebrospinalis, von V. Kafka-Hamburg. (Kl. W., 1923, Nr. 18, S. 829.) Kurze Übersicht über den Entwicklungsgang und die Verbesserungsmethoden der Emanuelschen Mastixreaktion, deren beste und für die Praxis brauchbarste Modifikationen die nach Jakobsthal-Kafka und die Normamastixreaktionen sind. Trotzdem ist weitere Klärung und Ausbau der Reaktion notwendig. E. Langer-Berlin.

Klinische Versuche mit Kolmers Komplement-Fixationsprobe auf Syphilis, von J. F. Schamberg und S. S. Greenbaum-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1923, Nr. 12, S. 836.) Kolmer hatte 6jährige Versuche hinter sich, bis er die Resultate derselben (Januar 1922) veröffentlichte und als Vorteile seiner Methode erhöhte Feinheit der Reaktion, Ersparnis in der Ausführung und Genauigkeit und Einfachheit derselben hervorheben konnte. Nach den Erfahrungen der Verff., wofür sie einige illustrative Fälle bringen, wird das Serum syphilitischer Patienten mit der Kolmerschen Probe langsamer negativ, wodurch eine geeignetere Behandlung gesichert sei, sie deckt auch Rückfälle mit positiver Reaktion früher auf als die ältere Methode. Der quantitative Charakter der Probe ermöglicht, in genauerer Weise den serologischen Zustand des Patienten festzustellen und den Einfluß der Behandlung zu kontrollieren. Eine sehr ausgedehnte Versuchsreihe ergab niemals falsche positive Reaktion mit der Kolmerschen Probe, welche Verff. als unschätzbaren Fortschritt beim serologischen Studium der Syphilis ansehen. Immerhin muß erwähnt werden, daß auch nach den hier vorliegenden Erfahrungen die Wassermannsche (und andere Serum-) Reaktionen bei primärer Syphilis in 10, bei sekundärer in 5 und bei Tertiär-Syphilis in 12% der Fälle negative Resultate gaben; nur die Kolmersche Reaktion sei in den 84 Fällen sekundärer, 63 tertiärer, 28 Neuro- und 12 kongenitaler Lues, die klinisch und therapeutisch erwiesen waren, stets positiv gewesen. M. Stern-München.

Ein Vorschlag zur Serodiagnostik der Syphilis beim Kaninchen, von H. Sachs und F. Georgi-Heidelberg. (Kl. W., 1923, Nr. 19, S. 880.) Um die positive Seroreaktion der gesunden Kaninchen auszuschalten, haben die Verff. zur Fällung der labilsten Globulinanteile, die sie für den Ausfall der Reaktion als maßgebend ansehen, verdünnte Salzsäure — 8,2 Teile einer $^1/_{200}$—$^1/_{300}$ Normalsalzsäure (in Aqu. dest.) — zu einem Teil inaktiviertem Kaninchenserum zugesetzt, $^1/_2$ Stunde bei Zimmertemperatur stehen lassen und dann 0,8 Teile 10%iger Kochsalzlösung dem Abguß zugefügt. Bei derartiger Vorbehandlung erhielten sie bei gesunden Kaninchen fast regelmäßig negativen Ausfall der WR, und mit Ausnahme eines Falles stets negativen Ausfall der SGR. Dagegen war die Reaktion bei luetischen Kaninchen stets positiv.
E. Langer-Berlin.

Serologische und klinische Mitteilungen zur Diagnostik der Echinokokkenkrankheit, von G. Blumenthal und E. Unger-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 16, S. 512—514.) Der positive Ausfall der Komplementbindungsreaktion bei gleichzeitiger negativer WR beweisen stets das Vorhandensein einer Echinokokkenkrankheit. Dagegen schließt der negative Ausfall der Reaktion eine Echinokokkeninfektion nicht aus. Ist gleichzeitig keine Eosinophilie vorhanden, so ist die Diagnose sehr unwahrscheinlich. Die serologische und die hämatologische Untersuchung versagt gänzlich, wenn die Wandung der Echinokokkenblasen so dick ist, daß keine antigen wirkenden Stoffe in den Blutkreislauf gelangen können. F. Harry-Wiesbaden.

e. Therapie.

Bemerkungen zur Syphilisbehandlung, von Oskar Salomon-Koblenz. Vortrag, gehalten bei der 100-Jahrfeier Deutscher Naturforscher und Ärzte in Leipzig, September 1922. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 3, S. 68—74.) Verf. wendet sich gegen den Schematismus, der von den meisten Ärzten in der Luestherapie geübt wird. Unsere Handlungsweise darf nicht einfach von dem Ausfall der WR oder der Liquoruntersuchungen dirigiert werden, zumal es keineswegs erwiesen ist, ob der positive

Digitized by Google

Ausfall der WR nicht lediglich das Vorhandensein von spezifischen Antikörpern bedeutet. Nicht „Wieviel Salvarsan und Quecksilber können wir dem einzelnen Patienten geben, ohne ihm zu schaden", sondern „Mit wie wenig können wir den Kranken der Heilung zuführen?", muß die Frage lauten. B. Peiser-Berlin.

Zur Kasuistik des rezidivierenden Hg-Exanthems, von H. Sieben-Bürstadt. (D. m. W., 1923, Nr. 14, S. 444.) Wiederholtes Auftreten eines Exanthems nach Injektion von Hydrarg. salicyl. Durch gleichzeitige Kalziumgaben wurden weitere Rezidive verhütet. F. Harry-Wiesbaden.

Weitere Erfahrungen über die Linserschen Einspritzungen, von R. Abimélech-Konstantinopel. (D. m. W., 1923, Nr. 16, S. 515—516.) Verf. lehnt die Behandlung mit Linserschen Einspritzungen ab, da für die beginnende Syphilis Salvarsan allein genügt und die Quecksilbermengen zur Bekämpfung der sekundären Lues zu gering sind. F. Harry-Wiesbaden.

Biologische Salvarsanreaktionen (Biologic Reactions of Arsphenamin). Editorial. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 13, S. 920—921.) Kurze Darstellung der Ergebnisse aus Forschungen, die von Jean Oliver und seinen Schülern am pathologischen Institut der Stanford-Universität betreffs biologischer Reaktionen des Salvarsans angestellt wurden. Die Forscher machten unter anderem die Beobachtung, daß das Salvarsan einen nahezu konstanten Agglutinationstiter für menschliche rote Blutkörperchen hat. Ferner wurde gefunden, daß Gelatine und Serum (unter bestimmten Bedingungen) die Erythrozyten vor Salvarsanagglutination in vitro schützen. Die Forscher ziehen aus ihren Untersuchungen den Schluß, daß es zwei Phasen in den Salvarsanreaktionen gibt. Die erste ist die physikalische, die in korpuskulärer Agglutination mit multiplen Embolien resultiert. Die zweite Phase ist die chemische (As-Ion), die zu parenchymatöser Degeneration der Nieren und Leber führt. Wie weit die im Reagenzglas vorgenommenen Schutzversuche in die Praxis umsetzbar sind, bleibt weiteren Forschungen überlassen. F. Quasig-Hamburg.

Leber — Lues — Salvarsan, von Heinrichsdorff. (Virch. Arch., 1923, Bd. 240, H. 3, S. 441.) Daß Syphilis allein Leberatrophie veranlassen kann, ist nie bestritten, nur haben seit der Salvarsanära die Atrophiefälle unbedingt zugenommen. Ein Teil der Kranken stirbt gar nicht an der reinen Atrophie, sondern an der Intoxikation. Die syphilitische Spontanatrophie bietet meistens ein ganz anderes Bild als die Salvarsanatrophie, die am häufigsten subakut oder subchronisch und im Verein mit Aszites auftritt. Außerdem kann die Salvarsanatrophie in allen Stadien auftreten. Würde das Salvarsan nur die provozierende Rolle spielen, so müßte man außer Bildern der Atrophie auch frischen syphilitischen Erscheinungen begegnen, die aber nie gefunden werden. Am beweisendsten für die ätiologische Wirkung des Salvarsans sind die luesfreien Fälle von Leberatrophie nach Salvarsan. Daß das Salvarsan bei Leberatrophie nach Salvarsan auch heilend wirken kann, ist kein Gegenbeweis, da von vielen Mitteln bekannt ist, daß sie neben Degeneration auch wieder Regeneration veranlassen können. E. Langer-Berlin.

Apoplexie sereuse, von René Gonin-Lausanne. (Rev. Suisse rom., 1922, Nr. 12, S. 775—790.) Zwei Fälle von Intoleranz gegen Salvarsan, die sich in einer Apoplexie séreuse äußert: Hirnödem, hohes Fieber, heftige Kopfschmerzen, Koma. Bei dem einen Fall traten die Erscheinungen nach der dritten Injektion ein, gehen nach 48 Stunden zurück. Adrenalin hat günstigen Einfluß. Beim zweiten Fall bewirkt erst die achte Injektion die Apoplexie, Adrenalin bleibt wirkungslos, Exitus nach 47 Stunden. H. Soltmann-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der 6. Kongreß der spanischen Asociacón de Urologia findet am 6. Oktober in Madrid statt. (Thema: Camina-Bilbao, Hypogastrische Zystoskopie; Miraved-Madrid, Operationen bei Nieren- und Uretersteinen).

Priv.-Doz. Dr. Otto Sachs in Wien erhielt den Titel ao. Professor.

Gestorben: Geh.-Rat Dr. Theodor Veiel in Cannstatt, Vorsitzender der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. September 1923 | Nr. 39 | Band 77

Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. u. phil. R. O. Neumann).

Zur Biologie der Gonokokken und zur Prognose der männlichen Gonorrhoe.

Von

Ernst Delbanco und Friedrich H. Lorentz in Hamburg.

Bakteriologischer Teil.

Von

Friedrich H. Lorentz, ständiger Mitarbeiter am Institut.

Aus den klinischen Erscheinungen der Gonorrhoe geht hervor, daß eine Ausheilung in einem bedeutenden Erkrankungsprozentsatz nicht stattfindet. Für den Bakteriologen ist hierdurch die Aufgabe gestellt, zu prüfen, ob sich Bakterienquellen nachweisen lassen, welche die Ausheilung der Gonorrhoe verhindern. Zu diesem Zweck mußte ein gutes Nachweisverfahren vorhanden sein. Als solches konnte nur das Kulturverfahren in Frage kommen, weil sich 1. bei dem chronischen Verlauf der Gonorrhoe die Gonokokken in geeignete Schlupfwinkel zurückziehen, weil 2. ihre Zahl stark vermindert werden kann, und weil 3. bei ihnen eine Variation oder Mutation möglich ist, über deren Charakter einzig und allein durch den Schlüssel der Kultur eine Eröffnung zu erwarten war.

Nur mit Hilfe eines ausgezeichneten Kulturverfahrens konnten demnach selbst einzelne Gonokokken so erhalten und vermehrt werden, daß dadurch ihr Nachweis, den das einfache Ausstrichpräparat verschleierte, möglich wurde, und daß durch die Weiterzüchtung ihres Stammes ein Beobachtungsverhältnis zwischen der klinischen Erkrankungsart und den biologischen Eigenschaften des jeweiligen Gonokokkenstammes gestattet war. Hat doch erst jüngst Paneth (Klin. Wschr., 1922) darauf hingewiesen, daß die Gonokokken alter Urethralkatarrhe Veränderlichkeiten beobachten lassen, und Jötten (Zschr. f. Hyg., 1921) hatte unter den Gonokokkenstämmen wesentliche toxische Differenzen festgestellt, welche im Tierexperiment mit Mäusen der Schwere der klinischen Erkrankung parallel liefen. Schließlich war es durch Verbesserung des Kulturverfahrens möglich, eine Basiserweiterung für die Herstellung von Vakzinen, namentlich von Autovakzinen, zu erlangen.

Die gestellte Aufgabe fand darum folgende Gliederung:

1. Verbesserung des Kulturverfahrens.
2. Untersuchung von sicher gonorrhoefreien Fällen.

Digitized by Google

3. Erprobung des Verfahrens an frischen und nicht zu alten Fällen.
4. Die Kulturergebnisse alter Gonorrhoefälle.

Die Untersuchung einer Anzahl gonorrhoefreier Fälle sollte den Aufschluß erbringen, ob bei ihnen, selbst auf hochempfindlichen Nährböden, nicht ein Wachstum anderer Bakterienarten stattfand. Diese Beobachtungen mußten ja auch noch durch die Ergebnisse der Patientenuntersuchungen aus dem Ambulatorium der Drs. Delbanco, Haas und Zimmern bestätigt werden. An der Untersuchung frischer oder solcher Fälle, bei denen im Präparat noch Gonokokken vorhanden waren, sollte die gleichbleibende Güte des Verfahrens erprobt werden, um dann in der Anwendung an den chronischen und Fällen mit negativem Präparatbefund seinem eigentlichen Zweck zu dienen. Sachs-Mücke (Zbl. f. Bakt., Bd. 89) hat neuerdings noch angegeben, daß ein Eiteraufschluß mit 0,1 bis 0,3 %igem Wasserstoffsuperoxyd den kulturhemmenden Einfluß der Leukozyten aufheben kann.

Wegen der leicht im Laboratorium möglichen Entnahme und der größeren Sterilität derselben blieb zunächst eine Beschränkung auf die männliche Gonorrhoe angezeigt. Sollten doch alle Patientenentnahmen im Laboratorium ausgeführt und unmittelbar von dem Patienten weg verarbeitet werden, um ein Absterben bzw. eine Vitalitätsverminderung der Gonokokken zu verhüten.

Bei jeder Herstellung eines künstlichen Bakteriennährbodens muß immer der Gedanke leiten, nach Möglichkeit die Bedingungen nachzuahmen, die sich den Keimen an ihren bevorzugten natürlichen Ansiedlungsstätten darbieten. Für die Gonokokken waren dieselben in 2 Punkten bereits geklärt. Es mußte 1. ein bestimmter Eiweißgehalt des Nährbodens vorhanden sein und 2. sich reichlicher Feuchtigkeitsgehalt in der unmittelbaren Umgebung der Kulturen vorfinden. Noch unsicher war ein 3. Punkt über das Sauerstoffbedürfnis der Gonokokken, sowie der 4. Punkt, welche chemischen Zusätze für das Wachstum und damit für die Ernährung der Gonokokken förderlich sein konnten.

Über „Gonokokkenzüchtung in verdünnter Luft" habe ich bereits 1919 in der M. m. W., Nr. 18 berichtet. Nach den damaligen Beobachtungen wuchsen die Gonokokken unter geringer Luftverdünnung besser als im freien Brutschrank. Starke Luftabsaugung hemmte ihr Wachstum, unterdrückte es jedoch nicht. Auch Buschke und Langer (Arch. f. Derm., Bd. 138) sahen, daß sich Gonokokken in flüssigen Medien unter Sauerstoffmangel nur langsam vermehren. Bose (ref. Zbl. f. Bakt., Bd. 74) beobachtet neuerdings besseres Gonokokkenwachstum bei verminderter Sauerstoffspannung, während Cook (ebenda ref.) dies nicht bestätigen kann. Auch meine weiteren Untersuchungen ergaben, daß hier ein Fehlschluß vorgelegen hatte.

Es kommt bei solchen Vergleichsversuchen nicht nur auf den Grad der Sauerstoffspannung an, sondern auch alle anderen Bedingungen müssen gleichmäßig vorhanden sein. Besonders von den Kontrollen ist dies zu fordern. Hierher gehört, daß die Absauggefäße gleiche Beschaffenheit und Inhalt besitzen, und daß den Kulturen der gleiche Feuchtigkeitsgehalt gewährt wird. Die anderen Bedingungen: gleiches Ausgangsmaterial, gleiche Nährböden und gleiche Zeiten in demselben Brutschrank, waren von mir sorgfältigst beobachtet worden. Dagegen standen mir nur Absaug-

Digitized by Google

gefäße von sehr wechselndem Rauminhalt und in so beschränkter Zahl zur Verfügung, daß ich die Kontrollen in den freien Brutschrank stellen mußte. Nun ist es sehr schwer zu entscheiden, welcher Anteil in Gefäßen verschiedener Größe hier ausschlaggebend ist, ob Sauerstoffmenge, Feuchtigkeitsverhältnisse oder Luftströmung bzw. deren wechselndes Zusammenwirken. Spätere Untersuchungen zeigten jedenfalls, daß der Absaugungsgrad auf das Wachstum der Gonokokken weniger Bedeutung hatte, wie die Größe der Absaugkammern. Je größer dieselben waren, um so mehr Luftströmung und Feuchtigkeit stand den Gonokokken zur Verfügung. Versuche, die Gonokokken in reiner Sauerstoffatmosphäre zu züchten, mißlangen, so daß man sagen kann, für die Züchtung der Gonokokken ist eine Verminderung der Sauerstoffspannung nicht nötig. Selbst die Anwesenheit von reichlicher atmosphärischer Luft in luftdicht abgeschlossenen großen Glaßgefäßen stört ihr Wachstum in keiner Weise.

Vielleicht die Luftströmung, aber in allererster Linie der reichlichste Feuchtigkeitsgehalt dieser großen Gefäße, ist für ihr Wachstum von wesentlicher Bedeutung. Um denselben im ausgiebigsten Maße zu sichern, stellte ich mir eine „Feuchtkammer“ her. In bester Art eigneten sich hierfür die Exsikkatoren, wie sie in den chemischen Laboratorien Verwendung finden. Sie bestehen aus Glasgefäßen, die mit einem Deckel luftdicht abzuschließen sind und innen in einen unteren und oberen Teil zerfallen. Der untere Teil wurde einige Zentimeter hoch mit Wasser gefüllt, mit einer Drahtplatte oder durchlöcherten Porzellanplatte abgedeckt, auf die dann im oberen Teil die Platten gestellt werden konnten. Diese „Feuchtkammern“ wurden so groß wie möglich gewählt. Einerseits gewährten sie damit Platz für eine größere Plattenzahl und dann waren die Kulturergebnisse die besten.

Auf diese Weise war die „Feuchtkammer“ entstanden, die sich bei allen späteren Versuchen bewährt hat. Sie gestattet sowohl die Verwendung von Röhrchen wie Platten. Selbst kleine Sedimente im Zentrifugenröhrchen trocknen in ihr in mehreren Tagen noch nicht aus. Um sich den nötigen Feuchtigkeitsgehalt zu sichern, hat Kandiba (Zschr. f. Hyg., Bd. 96) seine Gonokokkenkulturen in Kolben angelegt, auf deren Boden dem Nähragar steriles Wasser nachgegeben wurde. Bei der hohen Sterilitätsempfindlichkeit, die jeder Gonokokkennährboden mehr oder weniger besitzt, muß die Überwucherungswahrscheinlichkeit durch Begleitbakterien groß sein, wenn auf oder unter der Nährmasse zu nahe Flüssigkeiten vorhanden sind. Auch in meiner „Feuchtkammer“ mußte die Aufstellung der Platten so vorgenommen werden, daß kein von dem Deckel oder den Wänden abtropfendes Kondenswasser auf die Platten gelangen konnte.

Dagegen hat Kandiba recht, von der Verwendung von Röhrchen Abstand zu nehmen. In der Anlage der Erstkulturen müssen selbst einzelne Kolonien leicht herauszufinden und abzuimpfen sein. Das erlaubt das Röhrchen nicht oder schlecht. Die Platte dagegen gewährt eine angenehme Art der Durchmusterung im auffallenden und durchfallenden Licht sowie die mikroskopische Betrachtung der Kolonien. Da sie in der Feuchtkammer sogar über mehrere Tage und Wochen nicht austrocknet, liegen alle Vorteile auf seiten des Plattenverfahrens.

Digitized by Google

Unsere Arbeiten über Gonokokkenzüchtung wurden 1919 nach Rückkehr aus dem Kriege begonnen. Die Anfangsergebnisse auf den bis dort bekannten Aszites- und Blutnährböden waren sehr wechselnd und unbefriedigend. Obwohl ich daranging, die Nährböden auszubauen und ihren Kreis zu erweitern, wuchsen die Gonokokken in manchen Fällen ganz gut, in anderen blieben sie wieder aus. Erst mit der Einführung der Feuchtkammer wurden die Ergebnisse gleichmäßiger. Dadurch, daß die Gonokokken regelmäßiger wuchsen, konnte man jetzt den Wert der verschiedenen Nährböden wirklich erkennen und abstufen. Die damals verwandten Nährböden zeigten in der Feuchtkammer an 2 Patienten folgende Resultate:

Wachstum nach 20 Stunden auf:	1. Patient	2. Patient	Kolonieform
Traubenzuckeragar	+	+	zart
Glyzerintraubenzuckeragar	+	+	„
Glyzerinagar	+	+	„
Aszitesagar	+	++	größer
Aszitesagar mit frischem Menschenblut bestrichen	++	+++	„
Traubenzuckeragar mit frischem Menschenblut bestrichen	+	+	„
Rinderserumagar mit frischem Menschenblut bestrichen	++++	++++	„

Auch diese Tabelle bestätigt das bereits Bekannte: Der Wert des Gonokokkennährbodens hängt von der Menge und Art seines Eiweißgehaltes ab. Man hat für die Herstellung der Gonokokkennährböden alle erdenkliche menschliche und tierische Organe herangezogen. Wenn hierbei auch die Eiweißart eine große Rolle spielt, so ist die Eiweißmenge entschieden von noch höherer Bedeutung. Gonokokken wachsen sowohl auf Platten mit Rinder- und Pferdeserum, und sie gehen auch auf Kaninchenblutplatten ausgezeichnet an. Der diesen Nährböden zugegebene Agar war mit Pferdefleischwasser bereitet. KANDIBA verwendet hierzu Milz und Leber vom Hammel. In meinem mit frischem Menschenblut bestrichenen Rinderserumagar waren menschliche Eiweißarten mit denen von Pferd und Rind vereinigt. Mögen solche Verfahren auch gute Resultate liefern, es haftet ihnen der Mangel des zu sehr Gekünstelten an. Das Gewicht liegt aber vielmehr auf einem einfachen Nährboden, der in seiner Herstellung auf sich gleichbleibenden und überall leicht zugänglichen Faktoren aufgebaut ist. Aus der überreichen Literatur geht in Übereinstimmung mit allen meinen Versuchen immer wieder hervor, daß hierfür das menschliche Serum an erster Stelle steht.

Demnach muß sich ein Gonokokkennährboden aus einem Nähragar mit entsprechendem Zusatz an Menscheneiweiß zusammensetzen. Der Nähragar ist in bekannter Art, unter einfachen und gleichbleibenden Bedingungen aus Fleischwasser herzustellen. Als Menscheneiweiß eignet sich Aszites und Blutserum. Auf zwei Dinge kommt es jetzt an: Es muß der Eiweißgehalt des Aszites bekannt sein, und es muß sich nach ihm das Mischungsverhältnis zwischen Aszites und Nähragar richten.

Digitized by Google

Wenn in der Literatur über die Kulturergebnisse mit Aszitesagar so wechselnd berichtet wird, so mag dies seinen Grund darin haben, daß man nicht einen konstanten Eiweißgehalt des Aszites festgelegt hat. Lange Zeit stand mir ein Aszites mit 3,1 %igem Eiweiß zur Verfügung, der bei einer Mischung von 1 Teil Aszites auf 3 Teile Agar einen ausgezeichneten Gonokokkennährboden bildete. Die späteren Aszieslieferungen besaßen nur 1,2 bis 1,5 %iges Eiweiß. Durch Verdoppelung der Aszitesmenge auf das Verhältnis von 2 zu 3 und Verwendung eines höheren Agarprozentsatzes wurde diese Erscheinung ausgeglichen. Das ergibt in der Ausrechnung, daß der Gonokokkennährboden 0,75 %iges Menschenеiweiß besitzen soll. Sicher wird eine geringe Schwankung hier nichts schaden und eine Abgrenzung zwischen 0,5 und 1 %igem Eiweiß möglich sein.

Die besten Kulturresultate, soweit sie Größe und Anzahl der Kolonien betreffen, wurden seither von den Blutnährböden berichtet. Sie besitzen jedoch drei große Nachteile: 1. Sie sind undurchsichtig und erschweren so das Herausfinden und Erkennen der Gonokokkenkolonien, machen eine mikroskopische Durchmusterung der Platte überhaupt unmöglich. Aus diesem Grunde hatte ich eine Verbesserung erdacht. Dieselbe bestand darin, daß ich die Blutplatten über Chloroform in einigen Stunden aufhellte. Sie wurden dadurch vollkommen durchsichtig und man hatte dennoch den Vorteil der hämolytischen Beobachtung; 2. besitzen die Blutnährböden eine große Neigung zur Unsterilität, wodurch sie namentlich für die Vakzineherstellung ungeeignet werden; 3. ist für viele Laboratorien ihre Herstellung, die sich ja in erster Linie auf Menschenblut bezieht, wegen der Frischblutbeschaffung derselben außerordentlich erschwert. Wohl vermag das mit Hilfe der Herzpunktion vom Kaninchen gewonnene Blut einen gewissen Ersatz zu bieten. Auch der von Levinthal angegebene, mit gekochtem Rinderblut hergestellte Nährboden läßt zarte Gonokokkenkolonien angehen. Er ist durchsichtig, besitzt angenehme Herstellungsbedingungen und bessere Sterilität wie die Frischblutnährböden. Jedoch bleibt sein Kulturresultat zu beschränkt, weil er kein Menscheneiweiß enthält. Das führte immer wieder zu der Erkenntnis zurück, daß ein einfacher und glockenklarer Menscheneiweißnährboden, wie ihn der Aszites liefert, der gegebene Gonokokkennährboden ist.

Die nächste zu lösende Aufgabe bestand darin, ob sich durch chemische Zusätze spezifischer Art eine Verbesserung des Nährbodens für das Gonokokkenwachstum erzielen ließe. Hierbei war nach solchen Medien Ausschau zu halten, die in der natürlichen Umgebung der Gonokokken eine Rolle spielten. Durch eine Mitteilung Zweifels (D. m. W., 1922, Nr. 23) wurde ich auf die Milchsäure aufmerksam. Nach Zweifel enthält das Vaginalsekret der chronischen Gonorrhoekranken einen stark reduzierten Gehalt an Milchsäure. Zweifel glaubt anscheinend, daß dies eine Ursache für die Daueransiedlung der Gonokokken sei. Er behandelt seine Kranken mit 0,5 %igen Milchsäurespülungen und berichtet dabei von guten Erfolgen. Ich legte mir die Frage vor, ob das Ursachenverhältnis nicht dennoch ein umgekehrtes sein konnte, d. h. ob nicht die Gonokokken die im Vaginalsekret vorhandene Milchsäure verzehrten und

Digitized by Google

in ihrem Aufbau verbrauchten. Um die bekannte „Reiztheorie“ konnte es sich deswegen nickt handeln, weil ja die Milchsäure verschwunden war, also nicht mehr reizen konnte. Es war zu erwarten, daß hierbei nur sehr kleine Mengen von Milchsäure angenommen werden, in Konzentrationsverhältnissen, wie sie sich unter physiologischen Bedingungen auch im Vaginalsekret vorfinden.

Versuche, in welchen Gonokokken auf Nährböden mit abgestuften Mengen von Milchsäurezusatz gebracht wurden, mußten hierüber Aufklärung bringen. Sie zeigten:

0,01	ccm	einer	1 %	igen	Milchsäurelösung	auf	10	ccm	Aszitesagar:	schlechtes	Wachstum
0,1	„	„	1	„	„	„	10	„	„	gutes	„
0,2	„	„	1	„	„	„	10	„	„	sehr gutes	„
0,5	„	„	1	„	„	„	10	„	„	„ „	„
1,0	„	„	1	„	„	„	10	„	„	mäßiges	„
5,0	„	„	1	„	„	„	10	„	„	kein	„

Demnach lag das Optimum des Milchsäurezusatzes zwischen 0,1 ccm und 1,0 ccm einer 1 % igen Lösung oder auf den Aszitesagar umgerechnet zwischen 0,01 und 0,1 %. Mit dem Milchsäurezusatz wird gleichzeitig die wichtige Frage der Ionenkonzentration des Nährbodens berührt. Durch die Eiweißzusammensetzung ist das chemische Bild desselben schon sehr kompliziert. In die Eigenschaften vom Alkalitäts- und Säuregrad des Fleischwasseragars kann man regulierend eingreifen. Welche Bindungen aber nach dem Zusatz des Aszites mit dessen Basen und Säuren eingegangen werden, darüber wird nur schwer eine Übersicht zu erlangen sein. Es wurde darum auch immer erst nach dem Zusatz des Aszites der Säure- bzw. Alkalitätsgrad des verwendeten Aszitesnährbodens bestimmt. In der ersten Zeit glaubte ich von einem ganz schwach sauren Aszitesnährboden ausgehen zu müssen, damit der Säurezusatz der Milchsäure nicht gestört würde. Obwohl die seither eingeführten Gonokokkennährböden alkalisch sind, besaßen die so entstandenen Milchsäurenährböden ganz überlegene Kulturresultate. Besonders wiesen sie zwei Merkmale auf, welche die anderen Nährböden vermissen ließen. Auf den Blutnährböden, dem Aszites- und Levinthal-Nährboden, bleiben die Kolonien sehr zart und stellen nach 2 bis 3 Tagen größtenteils ihr Wachstum ein. Allerdings berichtet Kandiba von sehr großen Kolonieformen, die er durch Punktaussaat in seinen feuchten Nährkolben erreicht hat. Es ist klar, daß das Wachstum einer Kolonie von der Anzahl und Dichte ihrer Nachbarkolonien abhängt, welche ihr die Nährstoffe wegnehmen. Nun kann man auf den Milchsäurenährböden beobachten, daß die Kolonien schon nach 24 Stunden eine sehr starke Entwicklung in der Höhendimension besitzen, während sie auf den anderen Nährböden flach bleiben. Zweitens ist in dieser Zeit die Kolonie viel größer im Durchmesser geworden und sie macht in diesem Wachstum auf dem Milchsäurenährboden auch nicht nach 2 Tagen halt, sondern wächst weiter, indem sie sich an den Rändern fächerartig ausbreitet. Sie besitzt dabei im auffallenden Licht einen schönen saftigen Glanz, der auf eine üppige Entwicklung schließen läßt. Das durchfallende Licht zeigt den bekannten grauopaleszierenden Schimmer, ebenso wie die mikroskopische Durchmusterung der Kolonien typisch ist.

Digitized by Google

Durch dieses Wachstum verbürgt die Milchsäureplatte zwei große Vorteile: 1. Es werden auf ihr einzelne Gonokokken viel leichter angehen, und 2. ist die auf ihr wachsende Kulturmasse so vermehrt, daß dies für die Herstellung von Vakzine von entscheidender Bedeutung sein muß. Dazu kommt, daß die Milchsäureplatte gute Sterilitätsbedingungen besitzt. Sie ist natürlich auch als ein empfindlicher Nährboden zu betrachten, der aber in der Herstellung und Aufbewahrung der Frischblutnährböden wesentlich überlegen und etwa auf gleiche Stufe mit dem Aszites und Levinthal-Nährboden zu stellen ist. In ihrer Mischung bin ich immer so vorgegangen, daß ich zuerst die Milchsäure mit dem Aszites zusammengab, um so den Plattenguß mit möglichst abgekühlten Fleischwasseragar vornehmen zu können.

In meinen späteren Versuchen habe ich auch Nährböden zusammengestellt, die nach Mischung von Aszites mit Agar 0,2 bis 0,5 Alkalitätsgrade besaßen. Auch diese schwach alkalischen Nährböden zeigten nach einem Zusatz von gleicher Milchsäuremenge ganz ausgezeichnete Kulturresultate, die in vielen Fällen sogar die des schwach sauren Nährbodens übertrafen. Das bewies nur wiederum, daß der Milchsäure eine ganz spezifische Eigenschaft für den Aufbau der Gonokokken zukommt. Sie ist so groß, daß sie die Gonokokken sowohl auf sauren Nährböden ausgezeichnet wachsen läßt, als daß sie auch in alkalischen Nährböden ihre Wirksamkeit nicht verliert.

Trotz der Überlegenheit des Milchsäurenährbodens wurden von mir auch in der letzten Zeit immer Aszites, Levinthal- und Frischblutnährböden verwandt. Das geschah aus einerseits statistischen Gründen, und dann konnten sich auf diese Weise die Nährböden gegenseitig kontrollieren, weil ein Sonderverhalten einzelner Gonokokkenstämme nicht absolut auszuschließen war.

So wie das Kulturverfahren hatte auch der Untersuchungsgang der einzelnen Fälle im Verlauf der 4 Jahre eine bestimmte Entwicklung durchgemacht. Im ersten Untersuchungsjahr wurde nur der Eiter und der Morgenurin untersucht. Es leitete der Gedanke, daß in der längeren Nachtruhezeit eine Ansammlung in den hinteren Abschnitten der Harnröhre aus der Prostata und den Samenblasen stattfindet, die mit dem Urin ausgeschwemmt und aus dem Urin wieder herauszentrifugiert werden kann. Selbstverständlich mußte vor jeder Entnahme der Harnröhrenausgang und dessen Umgebung auf das sorgfältigste sterilisiert werden. Auf diese Art wurden zunächst 10 Fälle untersucht, die nach eigenen Angaben nie an einer Gonorrhoe erkrankt waren. Unter diesen fanden sich 2, deren Bedeutung uns erst im Verlauf der nächsten Jahre klar wurde. Es ist Fall 2 und 4, die in dreifacher Beziehung herausfallen: 1. Der sofort nach der Entnahme verarbeitete Urin ist nicht klar. Das ist noch kein Beweis, denn bei Fall 1 und 6 ist das gleiche zu beobachten, weil Samenfäden oder ähnliches aus der Harnröhre ausgeschwemmt werden können. Auffallender ist schon 2. die hohe Sedimentbildung im Zentrifugenglas. Dieselbe wurde dadurch bestimmt, daß die Sedimentgrenze markiert und später durch aufgefüllte Pipettenmenge gemessen wurde. Bei klaren Urinen bleibt das Sediment sehr klein. Auch bei Fall 1 und 6 ist es noch beschränkt, erst bei Fall 2 und 4 wird die Sedimentmenge auffallend groß. Auch

Digitized by Google

in meinen späteren Untersuchungen war die Bestimmung der Sedimentmenge von Bedeutung. In unverdächtigen Fällen mit klarem Urin blieb sie immer sehr klein, während sie sich bei den meisten chronischen Fällen über 0,5 ccm bei Auszentrifugieren von 10 ccm Urin erhob und in Fällen mit reichlicher Eiterausscheidung am größten war.

Der dritte bei weitem wesentlichste Punkt betrifft die Sterilität der Harnröhre. Über diese Frage liegt eine sehr große Literatur mit teils widersprechenden Resultaten vor. In der letzten Zeit ist namentlich von den Kinderärzten über dies Thema gearbeitet worden. Langer und Soldin sowie Kleinschmidt fanden in einem sehr hohen Prozentsatz im Säuglingsurin Streptokokken, während Helmoltz und Millikin unter 84 Fällen 73mal den Säuglingsurin steril fanden. Hier sind die negativen Resultate sicher höher zu werten. Damals glaubte ich bei meinen Untersuchungen auch an die Mitteilungen über eine Flora der normalen Harnröhre und suchte diese beiden Fälle von Gram + Doppelkokken unter dieselbe zu rechnen. Durch meine späteren Untersuchungen wurde ich eines anderen belehrt. Sie zeigen, daß die normale Harnröhre immer steril ist und daß wo dies nicht der Fall ist, ein krankhafter Prozeß vorliegen muß. Natürlich könnte auch im Falle 2 und 4 eine Verunreinigung nicht absolut auszuschließen sein. Wohl wurde gleich sorgfältig sterilisiert, aber vor allen treten die Urinbeschaffenheit und das große Sediment dem Kulturresultat stützend zur Seite, und dann fanden sich schon im Präparatausstrich dieselben Gram + Doppelkokken vor.

Mit diesem Ergebnis wurde als nächste Aufgabe an die Untersuchung frischer oder besser gesagt eiternder Gonorrhoefälle herangegangen. Diese Fälle fallen fast alle in das Jahr 1919. Für ihre Beurteilung sowie für die aller nachfolgenden Untersuchungen wurde in jedem Falle der Versuch gemacht, das Alter der Erkrankung zu bestimmen. Natürlich sind hier die Angaben der Patienten mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen, besonders soweit sie eine Neuerkrankung betreffen. Im allgemeinen finden sie aber ihre Kontrolle in den klinischen und bakteriologischen Erscheinungen.

Die hier in Betracht kommenden 15 Fälle beweisen mit ihrem positiven Kulturbefund in überzeugender Einhelligkeit, daß die Kultur in keinem Falle im Stich gelassen hat. Ja, in 3 Fällen konnte die Kultur das Vorhandensein einer Gonorrhoe noch feststellen, weil bei Fall 16, 27 und 28 bereits ein negativer Präparatbefund vorlag. In fast allen Fällen handelt es sich um eitrigen Ausfluß. Nur bei Fall 21, 27, 28 und 34 ist der Ausfluß so gering, daß dessen Charakter nicht mehr einwandfrei festzustellen ist. Auch stimmen in einzelnen Fällen die Angaben nicht, inwieweit eine Neuinfektion vorliegen konnte.

Mit diesen Resultaten durfte mit guter Zuversicht an die eigentlichen Hauptaufgaben herangetreten werden, die darin bestanden, daß erstens die Kultur den Nachweis einer noch vorhandenen Gonorrhoe bei negativem Präparatbefund liefern und zweitens Aufklärung in dem dunkeln Gebiet postgonorrhoischer Erkrankungen und wechselseitiger Ansteckungen erbringen sollte. In den ersten Teil der Aufgabe eines Nachweises fällt nicht nur der einer stattgefundenen Heilung, sondern auch der Ehekonsens für zweifelhafte Fälle sowie in Erweiterung desselben der Entscheid, ob überhaupt eine Infektion stattgefunden, eine Sache, die bei neurasthenischen Naturen

Digitized by Google

über viele Jahre zermürbend mit herumgeschleppt werden kann. Diese Fälle spielen nun teilweise ineinander und machen eine statistisch-tabellarische Abgrenzung sehr schwierig. Es soll darum als nächster Punkt nur versucht werden, die Fälle zusammenzustellen, bei denen die Frage einer Ausheilung im Vordergrund stand [1]). Bei diesen war immer zu mehreren Zeitpunkten vor der Anlage der Kultur ein negativer Präparatbefund erhoben worden, d. h. es ließen sich im Präparat mehr oder weniger zerfallende Leukozyten, aber keine Gonokokken mehr nachweisen.

Daher wurde bei den kommenden Untersuchungen eine zweckmäßige Änderung der Entnahmeart allmählich eingeführt. Solche Krankheitsprozesse, in denen die klinischen Erscheinungen fast oder ganz verschwunden waren, bei denen also kein eitriger Ausfluß und kein positiver Präparatbefund mehr vorlag, mußten auch für die kulturelle Fahndung anders behandelt werden. Hier hatten die Gonokokken bereits ihre Schlupfwinkel aufgesucht, für deren Sitz vor allem die Prostata zu gelten hatte. Die Untersuchungs- und Entnahmeart änderte sich darum wie folgt:

Es wurde beibehalten, den Morgenurin zu verwenden oder wenigstens eine möglichst lange Zeit nach der letzten Urinentleerung zu entnehmen. Nach sehr sorgfältiger Sterilisation läßt man unter starkem Druck eine geringe Menge Ersturin in ein steriles Glaskölbchen entleeren. Dieser Urin wird stark auszentrifugiert und von 10 ccm seine Sedimentmenge bestimmt. Aus dem Sediment werden Präparate und Kulturen angelegt und das Sediment selbst in der Feuchtkammer 24 Stunden angereichert, um dann nochmals zu Kultur und Präparat Verwendung zu finden. Das hat den doppelten Zweck, über die bakteriologischen Verhältnisse der Harnröhre, besonders die gonorrhoischen, Aufklärung zu erhalten und zweitens sich das Vorhandensein der Sterilität zu sichern, die für die Beurteilung der jetzt folgenden Prostatauntersuchung von ausschlaggebender Bedeutung sein kann.

Diese Prostatauntersuchung wird so vorgenommen, daß nach kräftiger Massage der Prostata das hierbei entleerte Sekret derselben ebenfalls in einem sterilen Kölbchen aufgefangen und bakteriologisch verarbeitet wird. Es kommt aber oft vor, daß sich kein reines Sekret entleert. Dann wird wie bei dem ersten Urin vorgegangen und das durch die Massage in die Harnröhre gedrückte Prostatasekret mit etwas Urin ausgeschwemmt und aus diesem wieder herauszentrifugiert. Menge und Charakter dieses Sediments zeigte immer an, daß es aus der Prostata stammt. In vielen Fällen wurde dann von mir die Untersuchung in der Form zu Ende geführt, daß ich jetzt allen Urin entleeren ließ und nur den Resturin, der zuletzt unter starkem Pressen herausgedrückt wurde, in einem sterilen Kölbchen auffing und ebenfalls wie die vorangegangenen verarbeitete. Es war von Balog-Budapest (Arch. f. Derm., Bd. 138) behauptet worden, daß hierdurch die Samenblasen gedrückt und entleert würden, und sich dort der häufige Sitz der chronischen Gonorrhoe nachweisen lasse. Weil nun einerseits bei der Prostatamassage die Samenblasen mehr oder weniger

[1]) Alle ursprünglich vorgesehenen Tabellen mußten aus Raumersparnis wegfallen.

Digitized by Google

mitmassiert wurden, und weil daher auch die Kulturresultate nie besser, aber oft schlechter waren und sein mußten, so wurde die Untersuchung des letzten Resturins wieder aufgegeben. War doch bei psychischer Erregung schon manchmal die Entleerung der beiden verlangten Urinmengen für den Patienten mit Schwierigkeiten verbunden.

In einer weiteren Zusammenstellung finden sich 23 Fälle verarbeitet, in welchen klinisch noch der Verdacht auf Gonorrhoe ausgesprochen blieb, bei denen aber in den Präparaten keine Gonokokken, selbst nicht nach Provokation, erschienen waren. Klinisch fanden sich entweder Narben einer überstandenen Nebenhodenentzündung, oder geringer „Morgentropfen", oder geringe Absonderung nach Druck auf die Urethra, oder Veränderungen der Prostata mit mehr oder weniger Eiterzellen im ausgedrückten Sekret usw.

Bei 6 Fällen blieb Ersturin und Prostatasekret kulturell steril. Dabei liegt nur im Fall 11 die Erkrankungszeit weiter zurück, während die fünf anderen Fälle alle jüngeren Datums sind. Wie dieselben aber zu bewerten waren, zeigt der Fall 22, in dem es mir möglich war, mehrere Untersuchungen über einen größeren Zeitabschnitt verteilt vorzunehmen. Hier zeigt die erste Untersuchung fünf Monate nach der Infektion noch Gonokokken +. Vier Monate später finden sich nur noch in der Prostata grampositive Doppelkokken. Die drei Tage danach gemachte Kontrolluntersuchung bleibt steril, und nach zwei weiteren Monaten finden sich wieder im Prostatasekret grampositive Doppelkokken. Das beweist, daß eine einmalige sterile Untersuchung nicht ausschlaggebend ist. Das positive Ergebnis sagt hier mehr wie das negative, und dies ganz besonders, wenn der Ersturin steril blieb. Um hierbei selbst die Tücken einzelner Nährböden auszuschalten, habe ich immer auf derselben Platte den Ersturin und das Prostatasekret verarbeitet. Damit waren die Bedingungen nach Möglichkeit die gleichen.

Der sterile Ersturin bewies, daß die Harnröhre sogar steril sein kann, wenn sich in der Prostata eine bakteriologische Erkrankung abspielt. Wir sehen, daß dies in unserer 4. Serie sechsmal der Fall ist. Viermal sind bei sterilem Ersturin aus der Prostata Gonokokken und zweimal grampositive Doppelkokken gewachsen. Es muß noch erwähnt werden, daß in Fall 49 Staphylococcus albus mit Gonokokken in der Prostata vergesellschaftet gefunden wurde, und daß im Fall 84, der zwei Monate nach der Infektion untersucht wurde, in Harnröhre und Prostata ebenfalls Staphylococcus albus vorhanden war, und zwar in so auf allen Platten typischer Ansiedlungsform, daß dies mit Verunreinigung nicht mehr erklärt werden konnte.

Im abschließenden Überblick zeigt sich aber, daß das Gonokokkenkulturverfahren seinen Zweck erfüllt hatte. Von 23 Untersuchungen mit negativem Präparatbefund, bei denen die Frage nach Ausheilung an den Bakteriologen gestellt war, ließen sich elfmal Gonokokken kulturell nachweisen. Dazu wurden fünfmal grampositive Doppelkokken entdeckt, auf deren Natur ich erst später eingehen möchte. An gleicher Stelle soll der Bedeutung der Staphylokokken gedacht werden, so daß die Zusammenfassung hier nur in dem Satze gipfelte: Das Kulturverfahren ist imstande, in einem überragenden Prozentsatz, bei dem die anderen

Digitized by Google

Nachweisverfahren im Stiche lassen und klinisch leider nur zu oft eine Ausheilung angenommen wurde, die Frage nach der Ausheilung zu verneinen.

Zum Schluß sollen alle die Fälle zusammengestellt werden, welche nicht am Abschluß einer Behandlung standen, sondern wegen teilweise seit vielen Jahren bestehender kleinerer oder größerer Beschwerden behandelt wurden. Patienten und Klagen, die oft an eine ausgesprochene Neurasthenie denken ließen, legten es doch nahe, den Zusammenhang mit einer früheren Gonorrhoe zu erwägen. Manchmal war grundsätzlich die Frage zu beantworten, ob überhaupt früher eine Infektion stattgefunden hatte, und in anderen Fällen wieder handelte es sich in erster Linie um den so wichtigen Heiratskonsens.

Über diese Dinge kann erst ein abschließendes Urteil abgegeben werden, wenn von vielen Seiten ein großes Material zusammengetragen ist, bei dem ein erfolgreiches Kulturverfahren seine Anwendung fand. Meine Fälle sollen hierzu ihren Anteil beitragen und nur in den Grundrichtungen einige Aufklärungen geben.

Unter den hierfür vorhandenen 34 Fällen liegt die Erkrankungszeit 3 Monate bis 24 Jahre zurück. Diese weite Zeitspanne wird durch die Frage nach Überhaupterkrankung oder nach dem Charakter nach mehr oder weniger bestehender Krankheitserinnerungen begründet. Es kann darum nicht auffallen, daß sich in dieser Zusammenstellung 10 sterile Untersuchungsresultate befinden, die fast ein Drittel der Fälle ausmachen. In der Mehrzahl dieser 10 Fälle sind auch keinerlei klinische Symptome vorhanden. Es besteht niemals eitriger Ausfluß, wohl aber vereinzelt etwas Sekret und Fadenbildung im Urin, wie sie auch unter nervösem Einfluß vermehrt auftreten können. Daß dem nur ein hinweisender Wert beizumessen ist, beweisen die positiven Fälle dieser und der vorhergehenden Zusammenstellungen, bei denen von seiten des Patienten keine klinischen Beschwerden mehr bestanden.

Die negativen Befunde werden noch durch drei Fälle erweitert, bei welchen in dem steril entleerten Ersturin Bact. coli nachgewiesen wurde. Die Wichtigkeit dieser Fälle fiel uns erst bei der späteren Zusammenstellung auf, denn unter allen fand sich ein steriles Prostatasekret vor. Diese Tatsache kann die bakteriologisch scharfe Trennung zwischen Ersturin und Prostatasekret bekräftigen und deren Bedeutung wesentlich stützen helfen. Es wird natürlich nicht auffallen, daß sich unter den negativen Fällen gerade die Neurastheniker befinden. Dagegen muß man den Wert der negativen Resultate wieder etwas einschränken, wenn man bedenkt, daß zu einer vollen Bewertung mehrere und wenn irgend möglich unter Reizung vorgenommene Untersuchungen stattzufinden haben. In den meisten unserer Fälle waren zu diesem Zweck Arthigoninjektionen gemacht worden. Da die Wirkung von Gonokokkenvakzinen ganz von der Art und dem Alter der Vakzine abhängt, so hat man damit sowie mit den bekannten subjektiven Reizmethoden nur unsichere und in wissenschaftlicher Beurteilung völlig wertlose Mittel in der Hand. Dennoch kann die wirksame Reizung das Resultat nach der positiven Seite unterstützen.

Es muß sehr erstaunen, daß unter den 34 Fällen nur 3 für Gonokokken positive Ergebnisse herauskamen. Von diesen gehört Fall 37 an-

Digitized by Google

scheinend nicht in diese Zusammenstellung und wurde nur wegen der bestimmten Behauptung des Patienten aufgenommen, daß seit 5 Jahren keine Neuinfektion stattgefunden habe. In diesem Falle war der Präparatbefund am Untersuchungstage positiv, nachdem er bei den vorausgehenden Untersuchungen negativ ausgefallen war. Auch in den beiden anderen Fällen lag eitriger Ausfluß vor. Bei Fall 72 handelt es sich um eine 2 Jahre zurückliegende Erkrankung, und bei Fall 56 wollte oder konnte der Patient nicht mehr die Zeit seiner Erkrankung angeben. Es handelte sich um einen Heiratskonsens, in dem erst die Kultur den Entscheid bringen konnte.

Für die Frage des Klinikers, wie hängen die postgonorrhoischen Beschwerden mit der Ursprungsinfektion zusammen, sind bestehende Eiterungen des Urogenitalapparates auf die Gonorrhoe zurückzuführen, wie sind die Adnexerkrankungen zu der früher überstandenen Gonorrhoe des Ehemannes zu beurteilen, wäre damit so gut wie keine Antwort gegeben. Man käme nur zu zwei Schlüssen, entweder sind die Gonokokken der chronischen Gonorrhoe so degeneriert, daß das Kulturverfahren versagen muß, oder es liegt keine Gonorrhoe mehr vor, sie ist ausgeheilt, und sie war nur ein Schrittmacher für die auf anderer Basis jetzt beruhenden Beschwerden. Der letzte Punkt spaltet sich wieder in die Unterfrage, liegen andere Bakterienerkrankungen vor, und hängen diese direkt oder indirekt mit den Gonokokken zusammen.

Man konnte sehen, daß bei sorgfältiger Sterilisation die normale Harnröhre steril ist. Es mag in dem einen oder anderen Falle trotzdem sich eine Verunreinigung einschleichen, das liegt schon in der Art der verwendeten Nährböden. Wenn aber 18mal unter 34 Fällen und fast immer auf allen verwendeten Platten in gleichmäßiger Ausstrichform dieselben Koloniearten angehen, so kann eine Verunreinigung als ausgeschlossen gelten. So traf ich denn denselben Erreger, der mir bei den angeblich nie an Gonorrhoe Erkrankten schon zweimal aufgefallen war, und der in einer anderen Zusammenstellung 5mal auftrat, zusammen 25mal in einem zahlenmäßig doch sehr beschränkten Material an. Seinen Charakter fasse ich wie folgt zusammen:

1. Nährboden: Bevorzugt dieselben Nährböden wie die Gonokokken, also vor allen Dingen Menscheneiweiß und Milchsäure. Manche Stämme erscheinen weniger anspruchsvoll, andere sogar mehr und gehen nach wenigen Umimpfungen schon ein.

2. Temperatur: Wachsen nur bei 37° am besten, bei 22° überhaupt nicht, bei 40° schlecht.

3. Kolonie: Im auffallenden und durchfallenden Licht kaum von den Gonokokken zu trennen. Nur auf Milchsäure bleiben die Kolonien etwas kleiner und sind weniger hoch und saftig entwickelt. Keine Hämolyse.

4. Umgebung: Gedeiht ebenfalls nur in der Feuchtkammer oder auf frisch und feucht gehaltenen Nährböden. Wächst nicht in reinem Sauerstoff, wohl aber bei verminderter Luftspannung.

5. Morphologie: Doppelkokken, die sich sehr wesentlich von den Gonokokken unterscheiden. Keine Semmelform, sondern mehr längliches, an Pneumokokken erinnerndes Aussehen von gleichmäßigerer Größe wie

Digitized by Google

bei den Gonokokken, wenn auch die Größendifferenzen der einzelnen Doppelkokken auffallend bleiben.

6. Färberisches Verhalten: Mit Methylenblau gleichmäßiger wie die Gonokokken gefärbt, grampositiv, in manchen Fällen grampositiv und gramnegativ und in der Weiterzüchtung dann die Grampositivität allmählich verlierend.

7. Agglutination: Spontan mit destilliertem Wasser und physiologischer Kochsalzlösung in grobflockiger Form. Feinflockig mit Gonokokkenimmunserum mit deutlichen Unterschieden gegen die Kontrollen.

8. Komplementbindung: Meine Doppelkokken mit 0,05 Gonokokkenimmunserum durch Meerschweinchenkomplement gebunden, während dies mit den Vergleichsgonokokkenstämmen bis 0,1 der Fall ist.

9. Tierexperiment: Parallel mit den Gonokokken. Impfung des Kaninchenauges bleibt reaktionslos. Subkutane, intrakutane, intraperitoneale und intravenöse Impfung an demselben Tiere ebenfalls. Auch an Meerschweinchen besitzt keine Verimpfungsart nachweisbare Wirkungen. Nur bei Mäusen sind große intraperitoneale Einspritzungen tödlich.

10. Mutationsversuche: Alle Versuche einer Überführung von Gonokokken in die hier beschriebene Form oder einer Rückführung aus dieser in die Gonokokken sind fehlgeschlagen.

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden: Es liegt eine Bakterienart vor, die bei entsprechender Materialauswahl regelmäßig aus denselben Schlupfwinkeln wie die eines alten gonorrhoischen Prozesses gezüchtet werden kann. Sie ist mit den Gonokokken biologisch außerordentlich nahe verwandt und unterscheidet sich von ihnen nur scharf in der Form und der Gramfärbung.

Es wird erstaunen, daß man nicht schon früher auf diese Doppelkokkenart gestoßen ist, obwohl dieses Gebiet doch schon eine so eingehende bakteriologische Bearbeitung gefunden hat. Das mag einerseits an den kulturellen Schwierigkeiten liegen, viel mehr aber an der Tatsache, daß ein scharfer morphologischer Unterschied besteht und daß alles, was an der gramnegativen Eigenschaft der Gonokokken rüttelte, in das Gebiet der Verunreinigung verwiesen wurde. Auch mir hat dies in den ersten Jahren viele Zweifel gebracht, bis die regelmäßigen Wiederholungen der späteren Untersuchungsbefunde kamen und auch von anderer Seite bestätigende Ergebnisse einliefen.

Als erster hat wohl Nicolle auf bei der chronischen Gonorrhoe vorkommende, den Gonokokken verwandte aber nicht identische Erreger aufmerksam gemacht und sie mit Synokokken bezeichnet. Er hat dieselben mit besonders gutem Erfolg zur Vakzinebereitung verwertet. Eingangs wurde erwähnt, daß Paneth von veränderten Gonokokken der chronischen Gonorrhoe spricht. Aus mündlichen Mitteilungen von Herrn Geheimrat Neumann sowie von Herrn Dr. Jakobsthal erfuhr ich, daß ihnen bereits ebenfalls früher Fälle mit grampositiven Doppelkokken bei der Gonorrhoe aufgefallen waren. Dann kam die Arbeit Kandibas, der ganz unabhängig von mir dieselben Beobachtungen gemacht hatte. Kandibas Material ist allerdings kleiner, für mich aber dennoch wegen der Übereinstimmung und Unabhängigkeit außerordentlich wertvoll. Ich konnte nur eine einzige seiner Mitteilungen nicht bestätigt finden.

Digitized by Google

KANDIBA berichtet, daß es ihm gelang, einzelne Gonokokkenstämme durch Verweilen von mehreren Stunden bei 40° in grampositiven Doppelkokken umzuwandeln. Eine Rückwandlung sei dagegen nicht gelungen. Ich habe diese Versuche unter vielfacher Variation nachgeprüft, und es ist mir in keinem einzigen Fall gelungen, einen klaren einwandfreien Gonokokkenstamm in meine Doppelkokken umzumutieren. Es ist vielleicht bei KANDIBA nicht ausgeschlossen, daß er hier Grenzfälle hatte, denn er berichtet, daß die Mutierung nicht mit allen Gonokokkenstämmen möglich war. Auch ich hatte solche Ergebnisse, bei denen viele grampositive Doppelkokken und weniger gramnegative Doppelkokken zusammenlagen und man auf den Platten den Eindruck von Reinkulturen besaß. Bei Weiterzüchtung blieben in diesen Fällen die gramnegativen Doppelkokken zuerst aus. Da auch mir meine Doppelkokken für größere Hitzegrade bis 40° anpassungsfähiger erschienen, so wäre hier eine Erklärung zu finden.

Ferner möchte ich auf die Fälle 22, 47, 58 und 72 verweisen. Bei ihnen wurden nach vorher positivem Gonokokkenbefund in späteren Nachuntersuchungen meine Doppelkokken gefunden. Ja ich kann nach meinen heutigen Erfahrungen behaupten, daß bei allen Erkrankungen mit positivem Gonokokkenbefund die Zeit der Infektion oder Reinfektion nicht zu weit zurückliegen kann. Je mehr also die Erkrankung zeitlich zurückliegt, um so sicherer werden keine Gonokokken, sondern meine Doppelkokken angetroffen.

Wir haben in unseren Zusammenstellungen eine kleine Anzahl von Fällen, bei welchen im Kulturresultat auch Staphylococcus albus angeführt wurde. Diese Zahl wird in Wirklichkeit wesentlich höher sein, weil alle Fälle, in denen Staphylokokken auf den Platten nur in wenigen Kolonien auftraten, nicht mit erwähnt sind. Wie ZWEIFEL bereits in den Gonokokken die Schrittmacher für die Streptokokkeninfektionen bei dem Puerperalfieber der weiblichen Gonorrhoekranken erblickte, so ist auch der an sich harmlosere Befund dieser Staphylokokken aufzufassen. Daß er dennoch nicht übersehen werden darf, das beweisen die bestehenden klinischen Beschwerden, die namentlich dann in die Augen fallen, wenn man an die bakteriologischen Untersuchungsergebnisse bei den weiblichen Adnexerkrankungen des Uterus denkt. Auch O. MAYER-Nürnberg (M. m. W., 1923, S. 163) berichtet über auffallende Staphylokokkenbefunde bei der chronischen Gonorrhoe.

Für die nächste Frage, wie es sich nun mit der Ansteckungsfähigkeit meiner Doppelkokken verhält, habe ich leider nur ein sehr beschränktes Material. Wir sahen, daß ein Tierexperiment hierfür nicht zur Verfügung steht, denn auch die Mäuse gehen nicht durch Erkrankung, sondern Eiweißvergiftung zugrunde. Aus unserem Material kann ich nur Folgendes anführen: Fall 76 gibt an, vor 13 Jahren an Gonorrhoe erkrankt zu sein. Seit einem halben Jahr besteht geringer eitriger Ausfluß. Vor einiger Zeit sei die Ehefrau an Gonorrhoe erkrankt und habe auch die Kinder, zwei Mädchen unter 12 Jahren, durch gemeinsame Schwammbenutzung angesteckt (von mir nicht untersucht). Hier konnten in Harnröhre und Prostata meine Doppelkokken nachgewiesen werden. Fall 38 mit dem gleichen Befund gibt an, daß seine Braut unter den Erscheinungen der Zystitis erkrankt sei. In Harnröhre und Blase der-

Digitized by Google

selben wurden ebenfalls meine Doppelkokken gefunden. Weiterhin hatte ich im Januar 1923 Gelegenheit, einen klinisch sehr verwickelten Fall einer eitrigen Uteruserkrankung zu untersuchen. Hier war zu Beginn der Erkrankung von den verschiedensten autoritativen Seiten die Behandlung aufgenommen worden. Bei mehr wie vielfacher bakteriologischer Untersuchung wurden nie Gonokokken nachgewiesen. Trotzdem hatten 2 Kliniker auf Gonorrhoe erkannt, andere waren nicht überzeugt. In dem eitrigen Zervikalsekret wurden meine Doppelkokken kulturell nachgewiesen.

Es sind hieraus noch keine bindenden Schlüsse zu ziehen. Nur ein inniges Zusammenarbeiten zwischen den Klinikern der einschlägigen Gebiete und den Bakteriologen vieler Stellen und großem Untersuchungsmaterial lassen eine völlige Aufklärung der vorliegenden Fragen erhoffen.

Über derzeitige Krätzebehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Catamin.

Von

Dr. Steiner, Facharzt für Hautleidende in Duisburg im Rhld.

Die Umwälzungen, welche die sozialen Verhältnisse in der Nachkriegszeit mit sich gebracht haben, waren besonders für die Ausbreitung der Hautkrankheiten von größtem Nachteil. Vor allen Dingen muß konstatiert werden, daß Krätze in viel gehäufterem Maße aufgetreten ist wie früher, daß in der Regel ganze Familien davon befallen werden und daß diese an sich harmlose Krankheit in vereinzelten Fällen zu sehr schwerwiegenden Folgen führen kann.

Aufgefallen ist mir, daß in letzter Zeit verschiedene gut eingeführte Präparate wie Ristin-Bayer, das Temmlersche Präparat und auch das von mir oft versuchte Pranatol, verhältnismäßig viel Versager bei der Krätzebehandlung aufwiesen. Von den klassischen Salben (Wilkinsonsche, Weinbergsche oder Kaposische Salbe) bin ich schon lange abgekommen, da der Geruch von den meisten Patienten nicht vertragen wird. Ich sah Fälle von Übelkeit, Migräneanfälle, Ohnmachten, die von diesen Gerüchen verursacht waren.

Es ist schwierig, statistische Versuche über die Uuterschiede der verschiedenen bekannteren Krätzemittel anzustellen. Ich möchte nur anführen, daß man mit der Seifenbehandlung (Keramin und Nikotiana) allein nur dann auskommt, wenn die Behandlung in geeigneten Krätzebehandlungsräumen und mit geeignetem Personal ausgeführt werden kann. In der Privatpraxis ist diese meist undurchführbar und bei der heutigen Disziplin wahrscheinlich auch unter den jetzigen hygienischen Verhältnissen nicht mehr möglich. Meiner Erfahrung nach haben wir heute zwei führende Präparate gegen Skabies, das eine ist flüssig, Mitigal Bayer, und das andere ist eine Salbe, das Catamin-Riedel. Es ist Ansichtssache, ob man lieber eine Flüssigkeit oder eine Salbe verordnet. Ich kam in letzter Zeit immer mehr zu der Überzeugung, daß von zwei gleichwertigen Präparaten das

Digitized by Google

salbenförmige vorzuziehen ist. Eine Arbeit von Dr. Kiess (1) „Zur Schnellbehandlung der Krätze" aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig veranlaßte mich, Catamin zu versuchen.

Klinisches über Catamin zu bringen, fühle ich mich nicht veranlaßt, da außer der oben erwähnten Arbeit die Versuche und Vorzüge des Präparates in der Arbeit von Dr. C. G. Schirren (2) „Catamin, das neue Antiskabiosum" aus der Lassarschen Klinik erschöpfend niedergelegt worden sind. Daß außer bei Skabies das Catamin auch bei anderen Hauterkrankungen, bei denen eine keratolytische Wirkung erzielt werden soll, Anwendung finden kann, zeigt die Zusammenstellung. Empfohlen wird es bei Furunkulose, bei gewissen Fällen von Ekzem, bei oberflächlichen Pilzerkrankungen, jedoch ist die Wirkung bei Trichophytie sehr zweifelhaft.

Ich lasse meine Patienten am ersten Abend meistens die Kur mit einem warmen Bade beginnen. Nach vorherigem Einreiben mit Keraminseife und Abbürsten wird der Körper, besonders aber die Prädilektionsstellen (die dem Patienten jedesmal gezeigt werden) etwa 10 Minuten lang mit Catamin eingerieben. Ebenso am Morgen und Abend der zwei folgenden Tage. Am dritten Tage morgens wieder einreiben. Im Laufe des Nachmittags Bad wie zu Beginn der Kur, dann frische Wäsche, auch Bettwäsche. Damit ist die Skabiesbehandlung beendet. Postskabiöses Jucken wurde nicht beobachtet. Ekzeme und dergleichen sind fast stets mitgeheilt. Wir besitzen demnach — und ich stütze mich auf über 50 Fälle, die ich behandelt habe —, in Catamin ein wertvolles Antiskabiosum, das sich für die ambulante Behandlung ausgezeichnet bewährt hat. Es hat in allen Fällen, wo die Kurvorschriften befolgt wurden, die Krankheit sicher geheilt, die Kur dauert drei Tage, ist ohne Berufsstörung durchzuführen, reizt nicht die Haut, beeinflußt dagegen im günstigen Sinne die etwa vorhandenen Komplikationen der Haut. Die Wäsche wird in keiner Weise durch die Salbe geschädigt und die Kur ist schließlich in ihrer Durchführung, da sie sicher zum Ziele führt, billig zu nennen.

Literatur.

1. Kiess, M. m. W. 1922, Nr. 37, S. 1335. — 2. Schirren, Ther. Halbmh. 1921, H. 2, S. 49.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 38, H. 1.

Das Krankheitsbild des Skolopenderbisses und Skorpionstiches mit Berücksichtigung von Kriegserfahrungen in Mazedonien, von Heinrich Mayer, Med. Polikl. Bonn. S. 1—12. Die Lokal- und Allgemeinerscheinungen beim Skolopenderbiß sind nicht schwer. Lokal 1—2 Blutpunkte und die sonstigen Entzündungssymptome. Zu den Allgemeinerscheinungen gehören: Fieber, Durchfälle und Schweißausbruch. Die Prognose

Digitized by Google

der in Europa vorkommenden Skorpionstiche ist durchweg gut. Der Stich der tropischen Arten ist vielfach tödlich. Die Therapie ist bisher rein symptomatisch.

Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. XVII. Nagelerkrankung durch Trichophyton endothrix violaceum, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. S. 13—15. Die Zahl der Nageltrichophytien ist sehr gering. Die Diagnose ist erst gesichert, wenn man Pilze mikroskopisch oder durch die Kultur nachweisen kann. In der feuchten Kammer wachsen diese Nageltrichophyten gut und halten sich auch sehr lange. Die Kultur ergab im vorliegenden Falle das sehr langsam wachsende Trichophyton violaceum.

Studie über den Verlauf der Lues an der Hand gegen Therapie refraktärer Fälle, von W. LÖWENFELD, Hautpolikl. NOBL-Wien. S. 16—28. Verf. lehnt die Annahme besonderer resistenter oder arsenfester Spirochätenstämme ab. Der bestimmende Faktor in den „refraktären" Fällen ist das Verhalten des Gesamtorganismus, seine Fähigkeit, durch Bildung von Abwehrstoffen den Effekt unserer zweifellos wirksamen Therapie zu unterstützen. Hierbei spielen bereits vorhandene oder hinzutretende Schädigungen unspezifischer Natur eine große Rolle. Die Haut hat einen großen Anteil an der Bildung der Abwehrstoffe. Für die Frage der Spätlues und der Erkrankungen des Zentralnervensystems scheinen diese Gesichtspunkte maßgebend zu sein.

Bd. 38, H. 2/3.

Zur Kenntnis der Amyloidosis der Haut, von C. GUTMANN-Wiesbaden. S. 65 bis 89. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine Hyperkeratose an den Extremitäten, die aus kleinen wenig hervorragenden Hornplättchen und Hornknötchen besteht. In den diesen hyperkeratotisch veränderten Stellen zugehörigen Abschnitten der Kutis ist ausnahmslos Amyloid abgelagert. Die tieferen Schichten der Haut sind frei. Es liegt eine ungleichmäßig ausgeprägte Pigmentierung der Haut vor. Krankhafte Veränderungen an den inneren Organen konnten nicht nachgewiesen werden. Es liegt kein Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer allgemeinen Amyloiderkrankung vor.

Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica — ein selbständiger Krankheitstypus, von R. POLLAND-Graz. S. 89—104. An der Hand von einigen neuen Fällen betont POLLAND erneut die Selbständigkeit des Krankheitsbildes. Es handelt sich um symmetrische Blasenbildungen der Haut, die in Nekrose übergehen und unter indifferenter Behandlung abheilen. Selbstschädigung konnte sicher ausgeschlossen werden. Die Ursache ist in einer Störung der inneren Sekretion der Ovarien zu suchen.

Über die neue kolloidale Liquorreaktion mit Benzoeharz im Vergleich mit der Goldreaktion, von EICKE und A. COHN-Berlin. S. 105—112. Weitergehende differentialdiagnostische Möglichkeiten, wie sie vielfach die Goldreaktion bietet, scheint die Benzoereaktion nicht zu eröffnen. Manchmal führt schon der normale Liquor zu Ausflockungen der Benzoelösung. Die Technik ist einfach, das Material nicht kostspielig. Die Reaktion ist im Gegensatz zum Goldsol nicht sofort abzulesen. Der Harzrückstand ist schwer aus den Pipetten usw. zu entfernen. Die Benzoereaktion arbeitet nur mit klaren, nicht mit eitrigen hämorrhagischen Spinalflüssigkeiten. Auch aus diesem Grunde halten Verff. sie der Goldreaktion für unterlegen, die bis heute den ersten Platz unter den Kolloidreaktionen behauptet.

Beitrag zur Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor cerebrospinalis, von W. LOHMANN-Essen. S. 113—117. Trotz ihres hohen diagnostischen Wertes wird die Reaktion nur selten angestellt, was wohl in erster Linie durch die Schwierigkeit der Herstellung einer brauchbaren Goldsole zu erklären ist. Die chemische Fabrik Imhausen & Co., Witten a. d. R., lieferte Verf. brauchbare Lösungen. Versager wurden nicht beobachtet.

E. Meyerhoff-Hamburg.

Bd. 38, H. 4.

Über einen Fall von Psoriasis mit ausgedehntem großfleckigem Leucoderma psoriaticum bei einem Säugling, von E. HOFFMANN und R. STREMPEL-Bonn. Außer einer klinisch und histologisch einwandfreien Psoriasis wies der 10 Monate alte Säugling ein großfleckiges, teilweise zu größeren Herden konfluierendes Leucoderma psoriaticum in der Umgebung des Nabels und von dort übergreifend auf Lenden und Rücken auf. Es konnte das Auftreten einzelner leukodermatischer Flecke unmittelbar nach der Abheilung psoriatischer Papeln und Scheiben beobachtet werden.

Exfoliierende Erythrodermien im Kindesalter, von R. POLLAND-Graz. Bei einem Knaben, der im 4.—6. Lebensmonat vermutlich infolge Überfütterung mit Mutter-

Digitized by Google

milch einen schweren Darmkatarrh und eine Erythrodermia desquamativa Leiner überstanden hat, trat einige Zeit später in zwei aufeinanderfolgenden Jahren und zwar stets im Herbst nach Rückkehr vom Landaufenthalt ein universelles, schuppendes Erythem mit Fieber auf, das jedesmal wieder in Heilung überging. Die Ursache sind nach Ansicht des Verf. autotoxische Stoffe, die durch mangelhafte Assimilierung von Milch oder ihrer Produkte entstehen.

Das Abbauvermögen des Serums Gravider mit Chloasma uterinum gegenüber Nebenniere, von Fr. Fischl-Wien. Die Untersuchungen wurden nach der von Preyl und De Crinis angegebenen Methode mittels des Pulfrichschen Eintauchrefraktometers gemacht. Dabei ergab sich, daß ein deutlicher Nebennierenabbau durch Serum Gravider mit Chloasma uterinum stattfindet. Die Brechungswertdifferenz betrug mehr als 0,4. Bei Graviden ohne Chloasma ist er nur 0,02—0,2. Nichtschwangere bauen Nebennieren nur dann ab, wenn sie brünett oder dunkelhaarig sind. Verf. glaubt aus den Resultaten dieser Untersuchungen auf einen Zusammenhang zwischen Nebenniere und der Pigmentation beim Chloasma uterinum schließen zu dürfen.

Bd. 38, H. 5.

Schleimhautveränderungen bei Pityriasis rubra pilaris, von A. Jordan-Moskau. Kasuistische Mitteilung. Die Veränderungen der Schleimhaut entsprechen histologisch denjenigen der Haut bei Pityriasis rubra pilaris.

Beitrag zum Rongalitweißbild der Haut, von Th. Pakheiser-Heidelberg. Das Rongalitweißbild eignet sich besser als die Imprägnationen zur Darstellung der Hautnervenelemente. Verf. konnte epithelial und subepithelial ein reiches Fasernetz mit Anastomosenbildungen beobachten. Die Nervendigungen sind meist „freie". Die sogenannten „Knospen" an den Haaren könnten eventuell als Endapparate angesehen werden. Ob die Nervenfasern subepithelial von Scheiden umgeben sind, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Beim Fötus, bei Neugeborenen und in den ersten Lebensjahren lassen sich in der Haut Zellen darstellen, die mit der Ausbildung von Nervenfasern zurückgehen und schließlich verschwinden. Ob es Ganglienzellen (Kreibich) oder Bindegewebszellen (Friedoes) sind, konnte nicht entschieden werden.

Über den Einfluß des Jodkalis auf die Syphilis, insbesondere auf die Wassermannsche Reaktion, von A. Hirsch-Königsberg. Die Untersuchung erstreckte sich auf 124 Luesfälle mit positiver WR. Davon wurden 47% negativ und zwar in erster Linie Kranke mit quartärer Lues, dann solche mit Lues latens (Spätstadium), Lues latens (Frühstadium) und im Gegensatz zu den bisherigen Angaben prozentual am wenigsten Patienten mit tertiärer Lues.

Über Bismogenol zur Luesbehandlung, von K. Mühle-Bremen. Es wurden in der Regel 1—2 ccm als Einzeldosis in dreitägigen Intervallen, als Gesamtmenge nicht mehr als 20 ccm verabreicht. Alle äußeren Erscheinungen gingen rasch und prompt zurück. Hervorgehoben wird die günstige Wirkung auf Drüsenschwellungen. Empfehlung der kombinierten Bismogenol-Salvarsankur.

Bd. 38, H. 6.

Über Besonderheiten und Verfeinerungsmethoden der Serodiagnostik im Primärstadium der Syphilis und ihre klinische Bedeutung, von E. Nathan und H. Martin-Frankfurt a. M. I. Über Wesen, Bewertung und Bedeutung der Wassermannschen Reaktion mit aktivem Serum im Primärstadium der Syphilis. In der Primärperiode der Syphilis kann man hinsichtlich der Serumveränderungen zwei Phasen unterscheiden. Die erste Phase besteht in der unspezifischen Serumveränderung, die mittels der WR mit aktivem Serum nachweisbar ist und durch Einwirkung irgend eines Infekts (Generalisierung der Spirochäten, Lepra, Scharlach, Tumoren usw.) bedingt ist. Sie beruht auf einer erhöhten Labilität der Serumglobuline und ist für Lues nicht charakteristisch. Zur ersten Phase gehört auch die sogenannte „okkulte positive Schwankung". Die zweite Phase ist die der für Lues spezifischen, mittels der WR mit inaktivem Serum nachweisbaren Serumveränderung, die auf Änderung der Serumstruktur beruht und durch Reaktionserscheinungen des Körpers gegenüber dem luetischen Virus bedingt ist. — II. Kurzdauernde positive Ausflockungsreaktionen bei primärer Syphilis während der Behandlung. In der Primärperiode der Syphilis können nicht nur zu Beginn der Behandlung, sondern auch noch

Digitized by Google

mehrere Wochen nach der Behandlung rasch vorübergehende positive Seroreaktionen auftreten, die leicht der Beobachtung entgehen. Daraus erklärt sich oft das Mißlingen einer Abortivkur bei sogenannter seronegativer Lues. Diese durch quantitative Auswertung ermittelten Schwankungen zeigen, daß die Bildung der Reagine trotz Salvarsanwirkung weiter verläuft, wenn sie auch nicht mehr intensiv und von längerer Dauer ist. III. Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion bei primärer Syphilis durch Phenolzusatz. Durch Verdünnung des Serums mit 0,25%ige Karbolsäure enthaltender Kochsalzlösung gelingt es, bereits in der fünften Woche nach der Infektion eine positive WR zu erzielen, während die Reaktion in neutralem Medium noch negativ ist.

Beitrag zur „Linser-Behandlung der Syphilis", von G. Braun-Rostock. Mit der Linserschen Methode wurden besonders bei frischen Lues I-Fällen gute klinische, jedoch weniger gute serologische Erfolge erzielt. Bessere serologische Resultate ergab die Wismutbehandlung.

Über Lichtwirkung und Leukoderma bei Pityriasis versicolor, von L. Wertheim-Wien. Wird eine mit Auflagerungen von Microsporon furfur besetzte Haut längere Zeit natürlicher oder künstlicher Bestrahlung ausgesetzt, so entwickelt sich nur an den gesunden Hautstellen Pigment. Die erkrankten Hautpartien bleiben pigmentfrei. Wird dann der Pilzrasen entfernt, so resultiert ein Leukoderma, das sogleich wieder schwindet, wenn es bis zur Erythembildung bestrahlt wird. Es tritt dann eine überall gleichmäßige Pigmentierung ein.

Bd. 39, H. 1/2.

Salvarsanexantheme und Lichen ruber, von E. Riecke-Göttingen. Disseminierte Salvarsanexantheme können während und nach der Kur unter dem Bilde eines Lichen ruber, einer Pityriasis rosea oder eines seborrhoischen Ekzems auftreten. Die dunkle Tönung des Exanthems, Hyperkeratose und lichenoide Ausbildung der Effloreszenzen sprechen für lichenoide Salvarsandermatitis, während ein interkurrenter Lichen ruber das typische Bild dieser Dermatose zeigt. Zirkumskripte Schleimhautveränderungen können durch histologische Untersuchungen identifiziert werden. Durch genaue klinische Beobachtung zusammen mit dem histologischen Befund wird es in jedem Falle möglich sein, einen echten Lichen ruber von einem lichenoiden Salvarsanexanthem zu unterscheiden.

Die intravenöse Anwendung von kolloidalen Quecksilberpräparaten zur Therapie der Syphilis, von W. Teichmann-Göttingen. Keine Vorzüge bezüglich symptomatischer Wirkung vor den bisher gebräuchlichen Hg-Präparaten. Die öfter auftretenden Nebenerscheinungen erfordern genaue Beobachtung der Patienten. Die Vorzüge des Präparates bestehen in der schmerzlosen Applikation von Kalomel.

Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen mit besonderer Berücksichtigung der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Beda Kersting-Göttingen. Der Senkungsreaktion kommt in der Klinik der Haut- und Geschlechtskrankheiten keine diagnostische Bedeutung zu. Bei entzündlichen Erkrankungen geht die Reaktion der Schwere der Erscheinungen parallel.

Über die klinische Bedeutung der Innenohrlues unter besonderer Berücksichtigung der frühsyphilitischen Innenohrerkrankungen, von F. Kobrak-Berlin. Ein einwandfreies spezifisches Oktavuszeichen gibt es bisher noch nicht, doch können gewisse Oktavusbefunde wichtiger sein als der negative Befund der WR. Verf. beobachtete häufig beschwerdefreie Oktavuserkrankung bei Frühsyphilitikern, selbst im seronegativen Primärstadium. Er schlägt für das Stadium der Lues, das durch negative WR und positive Oktavuszeichen charakterisiert ist, die Bezeichnung „initiale Lues" vor. Die Oktavusstörungen können syphilitischen, syphiloneurotischen und rein angioneurotischen Ursprungs sein. Die Diagnose kann erst während der Behandlung gestellt werden, je nachdem Heilung, Besserung oder Verschlechterung des Leidens durch Salvarsan erzielt wird. Zur Behandlung der angioneurotischen Form eignen sich Kalk, Suprarenin, Atropin, Pilokarpin, erstere bei vegetativ neurotischer, letzteres bei sympathikotonischer Disposition. Zur Feststellung einer Oktavuserkrankung prüft man zuerst den Kochlearis mittels Flüstersprache, die normalerweise auf 6 m gehört werden soll, und läßt die Prüfung auf Perzeptionsdauer für Knochenleitung folgen. Bei der Untersuchung des Vestibularis muß man auf etwaiges Bestehen von Spontannystagmus achten, ferner hat man den kalorischen und rotatorischen Nystagmus, schließlich noch die sogenannte Abweichereaktion und das Romberg'sche Phänomen zu prüfen. Für Lues spricht die Diskrepanz zwischen den einzelnen Befunden am N. vestibularis, so z. B. Diskrepanz zwischen

Digitized by Google

Nystagmus und Abweichereaktion, ganz besonders zwischen rotatorischen und kalorischen Ergebnissen, bei der Untersuchung des Kochlearis die verkürzte Knochenleitung und der Unterschied der Perzeptionsdauer für hohe und tiefe Töne.

Epitheliom und Lupus erythematodes, von S. L. Bogrow-Moskau. Kasuistische Mitteilung. F. Harry-Wiesbaden.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1923, Bd. 143, H. 1/2.

Schwere Nagel- und oberflächliche Hand- und Fußtrichophytie. Trichophytid, entstanden im Anschluß an die Impfung mit Trichophytonpilz, von Desider Seemann und Edmund Rajka, Hautabt. der Apponyi-Polikl. Budapest. S. 9 bis 14. Bei sehr ausgedehnter und langdauernder Trichophytie der Nägel im Anschluß an eine oberflächliche Hand- und Fußtrichophytie entwickelte sich eine spezifische Allergie. Nach Impfung des gezüchteten Trichophyton gypseum in die Haut des Kranken entstand ein erythematöses Trichophytid.

Über Alopecia keratotica tuberculosa, von Seigo Minami, Hautkl. Tokio. S. 15 bis 20. Am behaarten Kopf fand sich eine kahle, straff gespannte, glänzende, narbenähnliche Stelle und dort, wo Haare stehen, den Follikeln entsprechende miliumähnliche derbe Knötchen mit hornigem Zentrum. Ähnliche Knötchen am Gesäß, Schultern und Ellenbogen. Histologisch erschienen die Veränderungen als Tuberkel.

Behandlung der Lepra tuberosa mit Kohlensäureschnee, von A. Paldrock. (Nach einem in der Festversammlung des Dorpater estnischen Ärztevereins am 11. Oktober 1922 gehaltenen Vortrag.) S. 21—22. Die sichtbaren Erscheinungen wurden zum Schwinden gebracht.

Über gonorrhoische Keratosen. Ein Fall von gonorrhoischer Keratose der Haut und Mundschleimhaut, von S. L. Bogrow, Hautkl. Moskau. S. 23—44. Bei einem Manne, der zwei Jahre vorher schon einen akuten Tripper mit Gelenkaffektion und Konjunktivitis durchmachte, trat wieder Urethralblennorrhoe und Arthritis ein mit Keratosen am rechten Fuß und außerdem entstanden weißliche, gruppenförmig gelagerte, bläschenförmige Elemente an der Mund- und Gaumenschleimhaut. Gonokokken waren nicht nachweisbar. Die blennorrhoischen Keratosen sind sekundäre Verhornungen exsudativ-entzündlicher Erytheme; sie entwickeln sich sowohl bei akuter als bei chronischer Infektion, im letzteren Falle, wenn Symptome einer Allgemeininfektion bestehen.

Über einen Fall von Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans (Kyrle), von Arnold Fried, Lupusheilst. Wien. S. 45—51. Der Fall betraf einen 61jähr. Tischler, bei dem sich die Veränderungen fast am ganzen Körper mit Ausnahme der Hand- und Fußflächen zeigten. Sie bestanden in hornigen Platten oder Kegeln, nach deren Ablösung normale Hautfläche zutage trat. Histologisch: Vermehrung der Hornsubstanz der Epidermis, degenerative Veränderungen am Str. Malpighii mit schließlicher Verdünnung auf eine bis zwei Zellreihen und gelegentlich Einreißen dieser dünnen Epithelbrücken mit Einbruch von Hornmassen in die Kutis.

Zur Entstehung der Allgemeinexantheme bei Mikrosporie, von L. Arzt und H. Fuhs, Hautkl. Wien. S. 52—56. Bei einer typischen nicht entzündlichen Kopfmikroskopie wurde ein follikuläres Knötchenexanthem am Stamm und den Extremitäten beobachtet. Es gelang, im Blute das Mikrosporon Audouini drei Tage vor Beginn des Ausschlages durch Kultur nachzuweisen. Einen Tag vor der Blutabnahme erhielt der Pat. eine Röntgenbestrahlung; dieser Maßnahme wird eine Provokation zugeschrieben, die den Eintritt der Pilze in die Blutbahn bedingte.

Beitrag zur Vererbbarkeit des Ulerythema ophryogenes (Tänzer-Unna), von E. Galewsky-Dresden. S. 57—58. Auftreten der Affektion in drei Generationen bei sechs Familienmitgliedern.

Zur Kenntnis der Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris, von Fritz Callomon-Dessau, Anh. S. 59—65. Der Fall schließt sich den bisherigen Mitteilungen übereinstimmend an. Entwicklung im 40. Lebensjahre.

Zur Klinik und Histologie des Angiolupoids sowie seiner Beziehungen zum Angiokeratom, von Adolf Pokorny, Hautkl. Prag. S. 66—78. Bei einem 13jähr. Mädchen fanden sich einseitig am Fuß und Unterschenkel erhabene zyanotische, infiltrierte und verruköse Veränderungen, die histologisch den Typ eines Tuberkulides zeigten.

Digitized by Google

Bemerkenswert beträchtliche Wandverdickung, Endothelwucherung oder Kernreichtum der faltigen Intima der Gefäße, die als Folge einer toxischen Schädigung von seiten der gleichfalls bestehenden inneren Tuberkulose (Lungenherd, Lymphom) aufgefaßt wird. Mit dem Angiokeratom hat die Affektion keine Beziehungen, sondern sie gehört zu denjenigen Hautveränderungen, die dieses Krankheitsbild nur imitieren.

Die pathologische Anatomie der Lebersyphilis, von Georg B. Gruber, Path. Inst. Mainz. S. 79—119. Bei den luetischen Leberveränderungen wird zwischen fötaler (kongenitaler) und infantiler Lues einerseits und der nach der frühen Kindheit erworbenen Lues andererseits unterschieden. Bei der fötalen und infantilen Lues ist die Reaktionsweise des Organismus übereinstimmend. Zunächst wird auf die spirochätenreiche Kindsleber hingewiesen. Makroskopisch und mikroskopisch wenig veränderte Lebern können reichlich Spirochäten enthalten. Der Typ der fötalen Lues ist die interstitielle diffuse Hepatitis. Bemerkenswert ist die starke Wucherung des interstitiellen Gewebes, das sich dissezierend und erdrückend gegenüber den Leberzellen zur Geltung bringt. Das Parenchym bildet Riesenzellen. Weiter finden sich spirochätenreiche nekrotische Gewebsherde, die sich zu Miliarsyphilomen entwickeln, daneben Granulome und Blutbildungsherdchen. Größere Gummata sind selten. Wichtig sind die perivasalen Gewebsveränderungen und die pericholangitische Form der Leberlues. Von der nach der frühen Kindheit erworbenen Leberlues wird die des zweiten Stadiums seltener beobachtet. Man findet diffus hepatitische Reaktion oder auch keine Veränderung. Die tertiäre Leberlues ist im Verhältnis der vorkommenden Erkrankungen an Lues gering. Am besten bekannt ist die Gummiknotenleber. Selten ist das miliare Syphilom, nicht immer leicht von der Tuberkulose zu trennen. Wichtig sind die periportalen Prozesse. Drei mitgeteilte Fälle zeigen die Wirkung der Leberlues auf die Gefäße durch starke Vernarbung und das Vermögen des Organs, in dem abgeschlossenen Gefäßgebiet die Zirkulation wiederherzustellen. Dystrophische Leberprozesse sind keine direkten Äußerungen der Lues; Amyloidose, Verfettung und akute Leberatrophie. An ihnen hat die Lues keinen größeren Anteil als andere Gifte, welche die Leber zu reizen vermögen. Der Ausgang der Leberlues ist bei Säuglingen und Neugeborenen die Leberzirrhose in verschiedenen Formen. Die erworbene Lues der Erwachsenen führt zu Narben, Schwielen, Lappenbildung und schließlich zur Schrumpfung ganzer Abschnitte. Die Folgen können Kompression und Thrombose der Pfortader, der Leberarterie und -vene sein. Gefahren bringen schließlich auch die Durchbrüche erweichter Gummiknoten.

Striae cutis distensae bei schwerer Shiga-Kruse-Dysenterie, ein Beitrag zur Pathogenese der Hautstriae, von Stephan Robert Brünauer, II. Hautabt. des Allg. Krh. Wien. S. 110—127. Bei zwei an schwerer Dysenterie erkrankten jugendlichen Personen traten frische Striae am Rücken und an den Oberschenkeln auf. Vor der Entwicklung der Striae fanden sich Hämorrhagien. Histologisch fand sich in der Epidermis eine Verdünnung des Stratum filamentosum; die Kutis war arm an Elastin, dagegen reich an Elazin. Dieser Nachweis an Elazin wird auf die Einwirkung einer toxischen Noxe bezogen, welche in diesem Falle das Dysenterievirus darstellt. Bei der Entstehung der Striae cutis wirkt neben der Dehnung ein das Elastin zuerst schädigendes Agens.

Zur Frage des Leucoderma syphiliticum. Eine klinisch-experimentelle Studie, von S. Ehrmann und Leo Wertheim, II. Hautabt. des Allg. Krh. Wien. S. 128—155. Durch Bestrahlung mit Höhensonne konnte regelmäßig ein Schwinden eines vorhandenen Leukoderma beobachtet werden; in einem Falle trat gleichfalls diese Wirkung ein, aber an anderer Stelle ein neues Leukoderm, das bis dahin nicht zu sehen war. In einem weiteren Falle wurde eine längere Persistenz des Leukoderma an der bestrahlten Stelle beobachtet. Die Beobachtungen ergaben weiter, daß sich das Leukoderma aus einem Exanthem entwickelt; jeder Leukodermafleck entspricht einer Makula oder Papel, wobei die Tatsache festgehalten werden muß, daß die Gewebsläsion zuweilen so gering sein kann, daß sie klinisch nicht in Erscheinung tritt, sondern ihr Vorhandensein nur durch die histologische Untersuchung aufgedeckt werden kann. Die Entstehung eines Leukoderma hat zur Voraussetzung, daß die Haut des Pat. an der betreffenden Stelle aus irgend einem Grunde stärker pigmentiert ist. Für die Annahme, daß die Lues selber diffuse Pigmentierungen bewirken könne, fehlt jede Stütze. Die Ursachen der Hautpigmentierung sind physiologischer oder exogener Natur, im letzteren Falle sehr häufig die Sonnenstrahlen. Die Ursache des Leukoderms ist eine Schädigung der Epidermiszellen durch die Spirochäten bzw. durch die von ihnen hervorgerufenen Effloreszenzen. Die Zellen büßen ihre Pigmentbildungsfähigkeit auf gewisse Zeit ein. Wirken entweder

Digitized by Google

ein starker Reiz oder wiederholte schwächere auf die Zelle ein, dann können dieselben die Zellen zu neuer Pigmentfunktion anregen. Das Verschwinden eines Leukoderma tritt demnach dann ein, wenn die geschädigten Zellen sich erholen und wieder jene Pigmentmenge zu produzieren beginnen, die der betreffenden Hautpartie entspricht und die der Rassenzugehörigkeit und der Beschaffenheit des Individuums zukommt.

Die Dermatoskopie. 5. Mitteilung, von JOHANN SAPHIER, Hautkl. München, nach hinterlassenen Aufzeichnungen zusammengestellt von v. ZUMBUSCH. S. 156—164. Kritik der EHLER und HENSOLDschen Beleuchtungsanordnung. Verwertung der Höhensonne als Lichtquelle: Die Gefäße erscheinen schwarz auf gelblichgrünem Untergrunde. Bemerkenswert ist die Abbildung eines toxischen Exanthems (Hg-Salvarsan). Dasselbe wurde als hämorrhagisch angesehen, da die Stellen auf Finger- oder Glasdruck sich nicht entfärbten. Die Dermatoskopie zeigte, daß es sich um erweiterte, nicht entleerbare Kapillaren handelte. Die Untersuchung eines Morbus DARIER (Psorosp. foll. veg.) ergab, daß das wichtigere Moment nicht die Hyperkeratose, sondern die Papillenhypertrophie darstellt.

Zur Frage des Lichen ruber monileformis, von A. STERNBERG, Hautkl. Frankfurt a. M. S. 165—171. Der von K. HERXHEIMER auf dem 10. Kongreß der D. D. G. 1908 vorgestellte Fall von Lichen ruber monileformis stellt sich auf Grund einer vorgenommenen histologischen Untersuchung als Neurodermitis monileformis heraus.

Hautsarkom unter dem Bilde der Mycosis fungoides, von ALBERT KLARE, Hautkl. Frankfurt a. M. S. 172—183. Die Primärgeschwulst entwickelte sich in der linken Scheitelbeingegend und sah zunächst einer tiefen Trichophytie nicht unähnlich. Im Anschluß entstanden zahlreiche Hautmetastasen und Lymphdrüsenschwellungen. Die Form, Begrenzung, Glanz, Farbe, Konsistenz, oberflächliche Ulzeration der Tumoren sowie das Blutbild des Kranken führten zunächst zur Diagnose einer Mycosis fungoides d'emblée. Indessen die histologischen Untersuchungen, der weitere Verlauf und die Obduktion ergaben echtes Hautsarkom.

Über die Ödembereitschaft bei Pemphigus vegetans, von ANATOL KARTAMISCHEW, Hautkl. Prag. S. 184—192. Die Untersuchungen zeigten, daß beim Pemphigus zur Zeit des Vollausbruches eine beträchtliche Kochsalzretention besteht, die mit eintretender Heilung verschwindet. Mit der Rückkehr zum normalen Kochsalzgehalt nimmt auch die krankhafte Vermehrung der eosinophilen Leukozyten, zur Zeit der Hauteruption am höchsten, wieder ab.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie und Pathologie der Livedo racemosa, von J. E. POLAK, II. Hautabt. Wien. S. 193—203. Die am ganzen Körper wohlausgebildete Veränderung war zweifelhafter Ätiologie. Wegen positiver WR war Lues nicht ausgeschlossen, doch keineswegs erwiesen. Eher kam eine Endokarditis in Frage, deren infektiöse Ursache auch die Veränderungen der Gefäße bewirkt haben konnte, die sich histologisch an Intima, Muskularis und in Spuren auch an der Adventitia fanden. Bemerkenswert war die Beobachtung, daß das Blut in den größeren Arterien gestaut war, eine Folge der im Schnitt nachweisbaren Gefäßveränderungen. Die Stauung betrifft auch das venöse System, da beim Hochhalten des Armes nur eine kleine Abschwächung erfolgt. Dementsprechend ist auch die Wirkung von Amylnitrit nur gering, da die Gefäße sich nur schwer dilatieren. Der Nachweis der anatomischen Befunde einer Arteriitis oder Phlebitis ist nicht immer leicht, da man mit den Untersuchungen bis an die Faszie heranzugehen hat. Therapeutisch wirkt Wärme, besonders Sonnenbestrahlung. Die Wärmestrahlen führen zu einer Kontraktion der noch unveränderten Arteriolen, die das Blut in der Richtung der Venen weiter treiben.

Zur Ätiologie der Dysidrose, von EDMUND RAJKA, Hautabt. der Apponyi-Polikl. Budapest. S. 204—210. Mitteilung einer Anzahl von Fällen mit hyperämischen, ödematösen, vesikulösen, impetiginösen und squamösen Veränderungen. Sie werden verursacht durch Pilze (Trichophyton gypseum und Epidermophyton) oder durch Mikroben (pyogene Kokken). Außerdem gibt es Fälle nicht parasitären Ursprungs; auf die Möglichkeit, daß diese Fälle auch noch zu den beiden ersten Gruppen gehören, wird hingewiesen.

Die intradermale Eigenharnreaktion nach WILDBOLZ bei Hauttuberkulosen und anderen Dermatosen, von E. FREY, Hautkl. Bern. S. 211—225. Die Technik der Reaktion ist die, daß 150 ccm Urin bei 65—70 Minuten auf $^1/_{10}$ eingedämpft werden; dieser Rückstand filtriert dient zu intrakutaner Injektion. Zum Vergleich wurden intradermale Alttuberkulininjektionen verwendet. Die Entsalzung des Urins durch das Dialysierverfahren nach LANZ erwies sich als mühsam und zwecklos. Von den ausgeführten

Digitized by Google

Reaktionen ergaben 47 Fälle mit Hauttuberkulose einen positiven Ausfall (82%). Von Tuberkuliden und Lupus erythematodes reagierten von 14 Fällen 6 negativ und 8 positiv (57%). Unter 34 Fällen nichttuberkulöser Hautkrankheiten fiel die Reaktion 24 mal negativ aus, da hierbei noch 6 Fälle wegen Tuberkuloseverdacht abzuziehen sind, in 85%.

Zur Kenntnis des Lupus disseminatus miliaris (Tilbury Fox) und seiner Beziehungen zu verwandten Krankheitsbildern, von Leo Kumer, Hautkl. Wien. S. 226—271. Der L. m. d. erscheint in verschiedenen Formen, die in instruktiven Beispielen gezeigt werden. Der erste Fall stellt den einfachsten, unkompliziertesten Typ dar, kleinste, rein follikulare, die Oberfläche der Haut nicht überragende und distinkt bleibende Knötchen. Die beiden nächsten bilden das Bild des L. m. d., wie es T. Fox zuerst beschrieb, Fälle, die einer Acne rosacea oder auch einer vulgaris zum Täuschen ähnlich sehen. Die letzten Fälle schildern einen Typ, der Effloreszenzen aufweist, die an Aknitis und Folliklis erinnern, Knötchen in den tieferen Schichten der Haut, die sich derb anfühlen und die bedeckende Haut oft gar nicht in den Bereich der Veränderung ziehen. Der L. m. d. ist dem vulgaris nahe verwandt, aber doch ein selbständiges Krankheitsbild; sie haben die Primäreffloreszenz und den Ausgang in Narbenbildung gemeinsam, aber diejenigen des L. m. d. exulzerieren nicht. Weiter entsteht der L. m. d. in einem oder mehreren Schüben und schreitet nicht fort. Die Ähnlichkeit der Effloreszenzen mit denjenigen der Folliklis und Aknitis, von vielen Autoren als Kombination aufgefaßt, trifft man sowohl im Gesicht als auch am übrigen Körper (Extremitäten, Genitale, Stamm). Der L. m. d. befällt demnach nicht bloß das Gesicht, sondern auch die übrige Decke. Differentialdiagnostisch kommen die Akneformen und das Boeckesche Sarkoid in Betracht, im Zweifelfalle durch die Histologie unterscheidbar. Therapeutisch wird der Erfolg der Quarzlampendruckbestrahlung hervorgehoben. Die histologischen Veränderungen zeigen Beziehungen zum L. vulgaris. Beim L. m. d. sind die Knötchen nicht selten verkäst, während ein solches Vorkommen beim vulgaris zu den Ausnahmen gehört. Findet sich keine Verkäsung, ist das histologische Bild oft identisch. Die Tuberkel liegen in verschiedener Hauttiefe. Die makroskopisch mitunter auffällige Ähnlichkeit der Effloreszenzen mit Pusteln wird durch umschlossene Milien und Follikularzysten bedingt. Die Beziehungen des L. m. d. zum L. vulg. diss. postexanthematicus lassen die Verschiedenheit der Krankheitsbilder erkennen; Vorliebe für frühes oder fortgeschrittenes Alter, Lokalisation, Ausbreitung, Dichte und Entwicklung der Effloreszenzen ist verschieden. Die Abtrennung des L. m. d. gegen die gewöhnliche Akne ist leichter als gegen die Acne rosacea. Das sicherste Kennzeichen für den L. m. d. ist das gelbbraune Infiltrat. Auch die histologische Trennung ist nicht leicht, da manche Akneknoten an tuberkuloide Strukturen erinnernde Bilder aufweisen. Auch ist die Möglichkeit von Kombinationen anzunehmen. Zum Schluß die Beziehungen des L. m. d. zur Acne teleangiectodes. Im Anschluß an eine Darlegung der bisherigen Erfahrungen werden zwei Fälle mitgeteilt. In beiden Fällen zeigt am selben Individuum ein Teil der dem klinischen Bilde nach zusammenhängenden Effloreszenzen histologisch ganz uncharakteristische Infiltrate, ein anderer Bilder, wie sie bei A. t. beschrieben sind, wieder andere ausgesprochene Tuberkelknötchen. Das als A. t. bezeichnete Krankheitsbild scheint demnach nur eine Verlaufsart des L. m. d. zu bilden.

Über einen Fall von Riesennävus nebst Bemerkungen über die Ätiologie der Muttermäler, von Meirowsky-Köln und Leven-Elberfeld. S. 272—277. Mitteilung eines neuen Falles zur Stütze der Lehre von der Ähnlichkeit der Form und Systematisation der Nävi mit der Tierzeichnung. Kriegs Lehre vom Zusammenhange der Faltung der Haut und der Tierzeichnung wird abgelehnt. Gegenüber F. Pincus, der dem zoologischen System den Wert eines Erbganges abspricht, wird auf die Ähnlichkeit aller Lebewesen untereinander hingewiesen. Eine Trennung der strichförmigen Nävi von den übrigen Formen wird abgelehnt. Der verschiedenartige anatomische Bau der Nävi wurde bisher durch den Begriff der Genotaraktose erklärt; heute wird dafür der Ausdruck Idiokinese vorgezogen Bei nicht pigmentierten systematisierten Muttermälern erinnert nur noch die Systematisation an die Tierzeichnung.

Klinische Untersuchungen des Nervus acusticus bei rezenter Lues, von Gertrud Herzfeld, Hautkl. Berlin. S. 279—297. Störungen im Bereiche des Akustikus treten sehr früh auf, in 8,9% sogar schon vor dem Auftreten der WR; die Untersuchungen an 56 Frühluetikern ergaben in 68% ein positives Moment.

Lues und perniziöse Anämie, von Hans Karl von Winterfeld, Med. Kl. Rostock. S. 298—313. Die meisten Fälle, bei denen sowohl eine Lues als eine perniziöse Anämie feststellbar ist, bessern sich nicht auf antiluetische Behandlung, sondern

Digitized by Google

verschlechtern sich und führen sogar zum Exitus, während gleichartige Fälle auf interne Behandlung mit gewöhnlichen Arsenikalien sich bessern. Die Kritik der bisherigen Veröffentlichungen ergibt, daß nirgends ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Lues und perniziöser Anämie bewiesen werden kann. Vielmehr ist anzunehmen, daß die Lues, gleichviel ob im 2. oder 3. Stadium, in einem für die perniziöse Anämie prädisponierten Körper die Krankheitsbereitschaft verstärken kann und damit den Verlauf der Anämie beschleunigen. Die perniziöse Anämie ist indes eine Krankheit sui generis. Bei der Behandlung von Fällen von perniziöser Anämie und Lues ist stets zuerst die perniziöse Anämie zu bekämpfen. Erst wenn hierdurch ein einigermaßen normaler Blutbefund und ein befriedigender Allgemeinzustand erreicht worden ist, darf an die Behandlung der Lues gedacht werden. Mitteilung von 3 Beobachtungen. Im 1. Falle trat nach Salvarsan rapide Verschlechterung ein, im 2. wirkte die interne Behandlung sehr günstig und im 3. Falle wirkte Neosalvarsan derart verschlechternd, daß hierdurch beinahe der Exitus eingetreten wäre.

Über dunkle Flecke auf der Kaninchenhaut und ihre Beziehungen zum Haarwechsel, von Hans Königstein, Phys. Inst. Wien. S. 314—328. Die rasierte Haut schwarzhaariger Kaninchen ist zum Teil weiß, zum Teil mit dunkeln Flecken bedeckt. Die Flecke besitzen bilaterale Symmetrie zur Mittellinie und im allgemeinen längsverlaufende Richtung, sie beruhen nicht auf Pigmentbildung, sondern sind Haarinseln, die nach kürzeren oder längeren Intervallen ständig wechseln. Die Neubildung und Rückbildung der Haare vollzieht sich bezirksweise und auffallend rasch, so daß nach weniger Wochen schwarze Flecke in helle und umgekehrt sich umwandeln können. In den dunkeln Stellen stehen proliferationsfähige Haare, deren Pigmentgehalt die Färbung der Flecken bedingt. In den hellen Stellen finden sich Kolbenhaare, die kein Pigment produzieren und das Wachstum eingestellt haben; es bleiben diese Stellen, solange keine Neubildung erfolgt, nackt und ungefärbt. Denn in der Kutis und Epidermis des Kaninchens findet sich kein Pigment. Die Entstehung des Kaninchenhaares erfolgt durch eine Sprossenbildung aus der Mitte der Haarbeetkuppe, die sich bald als ein schwächerer Stiel mit anschließender kugelförmiger Haarknospe darstellt. Gleichzeitig beginnt Pigmentierung und Differenzierung der Knospe in Zwiebel, Papille und Haar. Die Unterschiede, die zwischen weißen und schwarzen Kaninchen, sowie zwischen den weißen und schwarzen Schecken des einzelnen Tieres bezüglich Empfindlichkeit oder Reizbarkeit gefunden werden, können sich hier nur auf das Haarpigment beziehen, da Hautpigment völlig fehlt. Der Verf. prüfte die Ausscheidungszeit injizierter Jodsalzlösungen beim Kaninchen und fand bei schwarzbehaarten Hautstellen eine sehr wesentlich verkürzte Ausscheidungszeit. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

c. Therapie.

Schwere generalisierte exfoliative Erythrodermie nach fünf Eparseno-Injektionen (Erythrodermie exfoliante généralisée très grave après 5 injections d'Eparseno), von Ch. du Bois. (Rev. méd. Suisse rom., 1922, Nr. 11, S. 729—733.) Sehr schwerer Fall bei einer 33jähr. Patientin mit nicht sicherer Luesanamnese nach der fünften intramuskulären Injektion von Eparseno. Verf. wendet sich gegen die Angaben anderer Autoren, die gerade in der Möglichkeit der intramuskulären Anwendung dieses Mittels einen Vorteil sowohl bezüglich der Wirkung als auch der Verträglichkeit sehen. Er hält gerade die intramuskuläre Applikation für gefährlicher wegen der kumulierenden Wirkung, außerdem läßt sich durch intravenöse Therapie viel genauer und schneller eine eventuelle Empfindlichkeit gegen das Mittel feststellen, so daß es noch zeitig genug abgesagt werden kann. B. Peiser-Berlin.

Über Verhinderung der entzündlichen Reaktion nach intramuskulärer Neosalvarsan-Einspritzung, von P. Freud-Wien. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1923, Bd. 97, S. 60—64.) Neosalvarsan wird durch kolloidal gelöste Stoffe, z. B. Gummiarabikum, vor zersetzenden oder fällenden Eigenschaften eines zugesetzten Anästhetikums geschützt. Die Kraft und Dauer dieses Schutzes steigt mit der Gummikonzentration. Neosalvarsan kann ohne entzündliche Reaktion intramuskulär injiziert werden, wenn

Digitized by Google

es, geschützt durch gelösten Gummi, mit einem Anästhetikum eingespritzt wird. Das Kolloid unterstützt hierbei das Anästhetikum durch Abhalten der chemischen, Entzündung erregenden Reize. Die klinische Wirkung der intramuskulären Neosalvarsaneinspritzung ist der intravenösen mindestens gleichwertig.

H. Soltmann-Leipzig.

Über eine seltene Salvarsanschädigung, von H. Sieben-Bürstadt (Hessen). (M. Kl., 1923, Nr. 19.) Nachdem schon während einer ersten kombinierten Kur in steigendem Maße nach Salvarsan Schwindel und Brechneigung aufgetreten waren, erfolgte nach der ersten Einspritzung der zweiten Kur starkes, innerhalb einer halben Stunde über das ganze Gesicht sich verbreitendes Quinckesches Ödem, Erbrechen. Die Erscheinungen konnten im weiteren Verlaufe der Kur dadurch kupiert werden, daß unmittelbar vor dem Salvarsan 0,5 Chlorkalzium in 5 ccm Wasser gelöst intravenös injiziert wurden.

E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der chemotherapeutischen Leistungsfähigkeit der Arsenobenzolderivate, von H. Ritz und H. M. Wüest, Inst. f. exper. Ther. d. „Roche"-Unternehmg. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 15, S. 383.) Die chemotherapeutische Wirkung von Salvarsanderivaten, deren Aminogruppen substituiert sind, wird durch den Grad dieser Bindung erheblich beeinflußt. Sowohl die Giftigkeit als die therapeutische Wirkung nimmt ab, je stärker die Aminogruppen besetzt sind. In zweiter Linie ist die therapeutische Wirkung abhängig von der Art der Seitenkette in den Substitutionsprodukten, und zwar von ihrer mehr oder weniger leichten Abspaltbarkeit, die den Abbau der Arsenobenzolderivate zu den therapeutisch wirksamen Körpern einleitet. Bei im Handel befindlichen Vertretern des Neosalvarsantypus konnten weitgehende Unterschiede in der Stärke der Blockierung der Aminogruppen nachgewiesen werden, womit bemerkenswerte Unterschiede in der chemotherapeutischen Leistungsfähigkeit zusammenhingen. Es ist anzunehmen, daß diese Beziehungen auch beim Menschen eine Rolle spielen, und daß es für die Erzielung einer optimalen Wirkung nicht gleichgültig sein kann, wie weit bei einem Handelspräparat vom Neosalvarsantypus die Aminogruppen substituiert sind.

E. Levin-Berlin.

Eine Methode zur kolorimetrischen Bestimmung von Altsalvarsan und Neosalvarsan, von Hermann Weyl-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1923, Nr. 16, S. 745.) Die von Ehrlich angegebene Farbreaktion mit Paradimethylamidobenzolechyd konnte bisher nur in sehr geringem Maße zur kolorimetrischen Bestimmung ausgenutzt werden, da bald nach der Mischung von Salvarsan und Reagens Trübung und Ausflockung eintrat. Verf. hat diesen Versuch variiert und vor allem feststellen können, daß Zusatz von Gelatine zur Salvarsanlösung sowohl verhindert, daß diese beim Stehen an der Luft sich trübt und braun wird, vor allem aber, daß nach Gelatinezusatz die Ehrlichsche Probe auch mit starken Lösungen möglich ist, ohne daß die Mischung zwischen Salvarsan und Reagens trübe wird und ausflockt.

E. Langer-Berlin.

Über Wismutbehandlung der Syphilis, von H. Th. Schreus-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 15, S. 473—476.) Ausführlicher Bericht über die Erfahrungen mit Wismut an der Bonner Klinik. Es wurden 22 Kranke, davon 18 nur mit Wismut (Trepol, Chimby, Muthanol, Bismogenol, Milanol und Bisan), die übrigen mit Wismut und Salvarsan behandelt. Wismut wurde 20—50%ig in öliger Suspension verwendet, und zwar 10—12 Injektionen à 1—2 ccm zu einer Kur. Das Intervall zwischen den einzelnen Injektionen betrug 2—4 Tage. In letzter Zeit wird auf Vorschlag von Hoffmann nach 5—6 Injektionen eine Pause von 10—14 Tagen eingeschaltet. Wismut besitzt nicht die schnelle, schlagartige Einwirkung des Salvarsans auf Spirochäten. Im allgemeinen bemerkt man ein zwischen 2 und 5 Tagen wechselndes, allmähliches Abnehmen der Spirochäten. Herxheimersche Reaktion und Spirochätenfieber werden daher nur selten beobachtet. Die Rückbildung der Erscheinungen der primären und sekundären Lues dauert länger als nach Salvarsanbehandlung. Gute Einwirkung des Wismut auf Alopecia specifica. Die Wirksamkeit des Bi auf Drüsen entspricht der einer kombinierten Hg-Salvarsankur. Die Beeinflussung der Seroreaktion ist mangelhaft. Nach Trepol und Bismogenol-Injektion traten die gleichen Schmerzen wie nach Hg-salcyl.-Injektionen auf. Fast schmerzlos waren Chimby, Muthanol, Milanol und Bisan. Von den Nebenwirkungen des Bi verdient die auf die Nieren die größte Beachtung. Eine einsetzende Epithelurie ist als Warnungszeichen vor weiteren Gaben anzusehen.

F. Harry-Wiesbaden.

Über den Wert der Bismutpräparate bei der Behandlung der Nervensyphilis. Experimentelle Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit (Sul valore dei pre-

Digitized by Google

parati bismutici nella terapia della sifilide nervosa. Ricerche sperimentali sul liquido cefalo-rachidiano), von M. Artom. (Policlinico, 1923, Nr. 17.) Drei Fälle von Ta. und zwei von P.P. wurden auf das Verhalten des Liquors nach Bismutinjektionen untersucht. Es wurden die Methoden nach Nissl, Nonne-Noguchi, Pandy, Lange, ferner die Kolloid-Benzoinprobe angewendet. Leukozytenzählung in der Kammer von Nageotte. Behandelt wurde mit Bismutum colloidale (Zambeletti). zweimal pro Woche 5 ccm durch 3 Monate lang. Der Erfolg der Behandlung war ein sehr geringer, indem meist die Reaktionen unbeeinflußt blieben. E. Freund-Triest.

Bismutbehandlung bei hereditärer Syphilis (Bismuthothérapie dans la syphilis héréditaire), von M. Cajol und H. Spierer. (Presse méd., 1923, Nr. 31, S. 354.) Bei Kindern und Säuglingen haben Verff. mit der Injektion von Bismutsalzen, namentlich mit der als „Trepol" bekannten Mischung (Kalium- und Natrium-Bismuttartrat in öliger Suspension) sehr gute Resultate erzielt, wie an einer Auslese von 8 Beobachtungen dargelegt wird. Es wurden durchschnittlich Dosen von je 1 ccg auf je 1 kg Körpergewicht verabreicht. Bei Säuglingen wurde darauf Bedacht genommen, die stillende Mutter gleichzeitig einer Injektionskur zu unterziehen. Besonders bemerkenswert war die günstige Wirkung, welche diese Therapie auf die Koryza der Säuglinge und auf Nervenschädigungen ausübte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der Syphilis mit einem neuen Wismutsalz (Oléo-Wismut „Roche") (A propos du traitement de la syphilis par un nouveau sel de bismuth Oléo-Bismuth „Roche"), von E. Ramel, Derm. Klin. Zürich. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 12.) Das Präparat von der Zusammensetzung $(C^{17}H^{33}COO)_3$-Bi enthält in sehr feiner öliger Suspension 0,05 metallisches Wismut im Kubikzentimeter. Es wurden wöchentlich zwei intramuskuläre Einspritzungen, im ganzen 20—30 verabfolgt, die ebenso schmerzlos waren wie bei dem neuen schmerzlosen Trepol und diesem an Wirksamkeit völlig gleichstanden. Stomatitis sehr selten und schnell vorübergehend, niemals Albuminurie, bisweilen Gefühl von Schwere im Bein. Die spirillozide Wirkung ist eine kräftige, die gute Verträglichkeit und die langsame Resorption gestattet, den Kranken für eine längere Zeit in einem Zustande von Wimutsättigung zu halten. Stark positive WR wurde nicht mit gleicher Schnelligkeit wie die manifesten Erscheinungen beeinflußt, doch blieb die später eintretende negative Reaktion konstanter als beim Salvarsan; es scheint dies mit dem Fehlen einer Wismutresistenz seitens der Spirochäten zusammenzuhängen und gibt eine wichtige Indikation bei Hg- und As-resistenten Fällen. Bei Nervensyphilis erschien die Kombination mit Silbersalvarsan besonders erfolgreich. E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Venerisches Granulom.

Zur Kasuistik der Ulcera ad genitale, von M. Schneider-Zittau. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 4, S. 261.) Neben einer Hypospadie und akuten Zystitis wies der Patient am Orificium urethrae ein linsengroßes, sezernierendes Ulkus auf. Die Kultur ergab Staphylococcus albus. Auf Behandlung mit Bädern, Fol. uv. ursi, Hexal, Präzipitatsalbe und Autovakzine trat rasch Abheilung des Ulkus ein.
F. Harry-Wiesbaden.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Außergewöhnliche Degenerationsformen des Gonokokkus, von Alfred Cohn-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 19, S. 873.) Von Gonorrhoikern mit Erkrankung der hinteren Harnröhre konnte Verf. in 2 Fällen im Verlaufe längerer Überimpfung Stämme züchten, die kulturell völlig normalen glichen, normale Agglutinationsverhältnisse zeigten, aber mikroskopisch im Ausstrich schwere Degenerationsformen aufwiesen. Neben normalen typischen Gonokokken fanden sich aufgeblähte, nullähnliche Gebilde, in die Länge gestreckte Formen, öfters nur aus zwei Gliedern bestehend, mitunter deren mehrere aufweisend und dann im Bogen verlaufend, peitschenartig und fast immer segmentiert. Die Methylenblaufärbung fiel schwächer aus als bei Gonokokken; bei Gramfärbung fand sich des öfteren keine völlige Entfärbung. Toxitätsprüfungen zeigten, daß der eine Stamm damit intraperitoneal geimpfte Mäuse tötete, durch den anderen die Mäuse nicht erkrankten. Verf. empfiehlt Kontrolle der Sekrete chronischer Gonorrhoiker auf Degenerationstypen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Pseudogonorrhoe, hervorgerufen durch den Diphtheriebazillus, von Erwin Kobrak-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 7, S. 207.) Mitteilung weiterer 2 Fälle von Blennorrhoe der Scheide und 2 Fälle von blennorrhoeverdächtiger Bindehautentzündung, die auf diphtherischer Basis beruhten, ohne klinisch das Aussehen eines diphtherischen Belages zu zeigen. Behandlung mit Seruminjektion und Sublimatspülung 1:5000. Die konjunktivalen Prozesse heilten durch blande Spülungen mit Borsäure.

B. Peiser-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Keratodermia blennorrhagica (Keratodermia blennorrhagica), von Herman L. Kretschmer-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 14, S. 993—995.) Kasuistischer Beitrag zur Blennorhoe der Haut. 4 Abbildungen.

F. Quasig-Hamburg.

c. Therapie.

Die Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe mit Hilfe intravenöser Traubenzuckerinjektionen, von W. Scholtz und C. Richter-Königsberg. (Kl. W., 1923, Nr. 18, S. 823.) Verff. glauben, durch ihre Behandlungsmethode bei akuten blennorrhoischen Erkrankungen den Heilungsablauf bedeutend verkürzen zu können. Die Traubenzuckerinjektionen — 40 ccm einer 50%igen Lösung von Traubenzucker Merck — werden in der ersten Woche 4mal, in der zweiten Woche 2—3mal verabfolgt. Nach der ersten Traubenzuckerinjektion, durch die der Ausfluß verstärkt wird, wird 2—3 Stunden später mit den regelmäßigen Spülungen mit Silberpräparaten in der üblichen Weise begonnen. Nach den letzten Traubenzuckerinjektionen, die gewissermaßen gleichzeitig als Provokation aufgefaßt werden, regelmäßige Sekretuntersuchungen. Mit anderen Reizkörpern konnten angeblich ähnlich günstige Resultate nicht erzielt werden. Komplikationen der männlichen Blennorrhoe, auch Posteriorerkrankungen, desgleichen die weibliche Blennorrhoe, sind von dieser nur auf die Behandlung der akuten männlichen Anteriorerkrankung berechneten Abortivkur auszuschließen.

E. Langer-Berlin.

Die Musterbehandlung des Trippers (The Standard of Cure in the Treatment of Gonorrhoea), von W. L. Harneth. (Lancet, Nr. 5190, S. 327.) 88 Fälle akuter Blennorrhoe, bei welchen sämtlich der hintere Teil der Harnröhre befallen war und der Ausfluß Gonokokken enthielt. Zu den Spülungen, die zweimal täglich vorgenommen wurden, und zwar je nach dem Falle anterior und posterior, wurde übermangansaures Kali von 1:8000 bis allmählich 1:2000 verwendet. Ist der Ausfluß dünnflüssig geworden und die anderen Symptome nachlassend, so werden nur einmal pro Tag die Spülungen und leichte Prostatamassage zweimal pro Woche vorgenommen. Hat der Ausfluß bis auf einen „Morgentropfen" aufgehört, so wird die vordere Harnröhre sorgfältig mit dem Urethroskop untersucht: entzündete Follikel kauterisiert, leichte Infiltrationen mit Kollmans Dilatator erweitert, zystische Follikel massiert u. a. m.; solange ein „Morgentropfen" vorhanden ist, sind tägliche Spülungen notwendig, und zwar nun statt Kal. permang. Quecksilberoxyzyanid (1:4000 bis 1:2000). Hat der Morgentropfen aufgehört, so wird zweimal wöchentlich Prostatamassage, welcher Blasenspülungen mit Quecksilberoxyzyanid (1:2000) vorhergehen, ausgeführt: zuerst werden Prostata und dann Samenbläschen massiert und ein Tropfen des Mischsekrets mikroskopisch untersucht, ebenso wie der Urin. Finden sich noch Gonokokken, so werden die täglichen Spülungen mit Kal.-permang.-Lösung wieder aufgenommen, nach einer Woche wieder mikroskopisch untersucht u. s. f. Zur Schlußprobe wird jede Behandlung für 8—10 Tage ausgesetzt, während der letzten 3 Tage soll Patient regelmäßig Alkohol zu sich nehmen und sein Urin wird nun untersucht, nachdem er ihn einige Stunden angehalten hat. Der Harn nach Massage der Prostata sollte klar sein, höchstens Schleimflocken enthalten. Der Abstrich der Mischsekrete sollte keine mikroskopischen Verunreinigungen enthalten und die polymorphen Zellen bei 20—30 Feldern eines pro Feld betragen. Schließlich wird noch urethroskopisch untersucht und, wenn das Resultat negativ — was Verf. in all seinen Fällen gelang —, Patient als geheilt entlassen.

M. Stern-München.

Fortschritte in der Behandlung der Gonorrhoe, von H. Löhe, Univ.-Hautkl. Berlin. (Brugschs Ergebn. d. ges. Med., Bd. 2, Urban & Schwarzenberg.) Kritisches Übersichtsreferat.

F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Tripper bei Frauen, behandelt mit Kontramin-Pessarien (Gonorrhoea in Women Treated with Contramine Pessaries), von G. W. Rundle. (Lancet, 1923 Nr. 5192, S. 434.) Verf. hat im Juni 1921 über sehr gute Erfolge mit der Intramin-Behandlung bei der Blennorrhoe der Frauen berichten können; dieselbe hatte, obwohl all den anderen Methoden überlegen, den Nachteil, daß in 8% der Fälle Dermatitis auftrat. Es gelang nun, in dem Kontramin ein noch wirksameres Schwefelpräparat das Diaethylammonium diaethyl-di-thio-carbamid, herzustellen, welches all die Vorteile von Intramin, aber nicht dessen Nachteile hat. Außerdem verschwindet der Ausfluß rascher und die Erosionen heilen rascher als es mit Intramin-Pessarien der Fall war. Die Behandlung besteht darin, daß ein Pessarium bei Nacht, wenn Patientin in liegender Stellung sich befindet, gegen die Zervix eingelegt und mit einem Gazetampon festgehalten wird. Einer der Hauptvorteile dieser Behandlungsart vor Spülungen und Spiegelbehandlung ist, daß die Patientin abends unbeachtet das Pessarium einlegen kann — Behandlung der Scheidenaffektion mit Spülungen insgeheim auszuführen, erfordert große Geschicklichkeit und Glück auf Seite der Patientin. Kontramin-Pessarien sollten nur angewandt werden, wenn der Ausfluß chronisch ist. R. hat ungefähr 100 solcher Fälle, welche je 30—40 Pessarien ohne anderweitige Therapie erhielten behandelt, und bei allen, mit wenigen (4) Ausnahmen, war die Heilung endgültig, davon in 7 Fällen, wo Gonokokken vor der Behandlung gefunden wurden, waren dieselben nach der Behandlung verschwunden. M. Stern-München.

Zur Therapie der Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen, von J. Müller-Düsseldorf. (Kl. W., 1923, Nr. 20, S. 928.) Verf. hat von der lokalen Behandlung mit chemischen Mitteln im großen und ganzen abgesehen und ist für die Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen zu einer reinen Vakzinebehandlung übergegangen. Allerdings werden nebenher auch tägliche Kal.-permang.-Bäder und Einpuderung der Genitalien mit 10%igem Bolus-Protargolpulver verabfolgt. Mit dieser Therapie — es wurde Gonargin intramuskulär 2mal wöchentlich in steigenden Dosen, beginnend mit 25 Millionen Keimen, gegeben — glaubt Verf. weniger bei akuten, mehr aber bei chronischen und bereits früher behandelten Fällen recht gute Resultate bezüglich der Heilung erzielt zu haben. Zur Verwendung muß frische Vakzine kommen, da ältere Vakzine, worauf Buschke und Langer zuerst hingewiesen haben, an wirksamen Substanzen eingebüßt hat. E. Langer-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Nierenhypoplasie und Atresia urethrae, mit Berücksichtigung einiger anderer Mißbildungen, von H. Dieckmann-Berlin. (Virch. Arch., 1923, Bd. 241, S. 401—417.) Atresie der Urethra im Bereich der Pars membranacea mit Verlauf beider Cowperschen Gänge an der gleichen Seite und Abschnürung des einen von der Harnröhre sowie Atresie beider Cowperschen Gänge an ihrem glandulären Ende. Die Nierenhypoplasie zeigt sich in einem Überwiegen des Bindegewebes gegenüber dem Parenchym und des ferneren darin, daß die Entwicklung des parenchymatösen und ebenso die des bindegewebigen Anteils auf einer embryonalen Stufe stehengeblieben ist. Entwicklungsgeschichtlich muß die Mißbildung der Nieren der der Harnröhre vorangegangen sein; es kann also die Harnröhrenatresie den teratogenetischen Zeitverhältnissen nach eine kausale Bedeutung für die Nierenhyperplasie nicht gehabt haben. Als Ursache werden für beide Mißbildungen mechanische Momente herangezogen.
B. Peiser-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Oktober 1923 | Nr. 40 | Band 77

Über einen in Stuttgart beobachteten Fall von „Kriechkrankheit" (Creeping disease, Hautmaulwurf, Larva migrans).

Von

Dr. Schaumberger und Dr. Tannhauser in Stuttgart.

Mit 1 Abbildung im Text.

Am 17. VII. 1923 erschien ein 21jähr. Bankbeamter bei einem von uns (Schaumberger) in der Sprechstunde. Er spürte in der Nacht zuvor auf dem Rücken ein leichtes Brennen und beobachtete beim Nachsehen in der Frühe einen auffallend roten Streifen auf dem Rücken; er führte die Erscheinung auf Sonnenbrand zurück. Patient nahm beinahe tägl. ausgedehnte Bäder, teils in geschlossenen Badeanstalten, teils im Fluß (Neckar). Anschließend an die Flußbäder nahm er regelmäßig langdauernde Sonnenbäder am grasigen Ufer. Irgend welches Krankheitsgefühl besteht nicht, einen Stich beim Baden hat er nicht wahrgenommen.

Status: Kräftiger, gesund aussehender Mann von 21 Jahren. Vom linken Hüftkamm zieht ein scharf begrenzter, intensiv scharlachroter Streifen beinahe gradlinig senkrecht nach oben über die Schulterblattspitze bis zur Gräte. In der näheren und weiteren Umgebung des oberen Pols sieht man diffuse rote Flecke, u. a. einen solchen unmittelbar rechts neben der Wirbelsäule in der Höhe der Spina scap. Der Streifen beginnt mit einem kaum sichtbaren bräunlichen Pünktchen (Stichstelle) und geht zunächst in eine feine, nicht erhabene, etwa 1 mm breite, hellrote Linie über, die sich nach oben, in leichter Wellung verlaufend, unter zunehmender Rötung allmählich bis zu 4 mm verbreitert. Am Rippenkorb wird der Streifen erhaben durch Bildung perlschnurartig aneinander gereihter Bläschen, die bis zum oberen Pol reichen und von unten nach oben an Umfang zunehmen. Das obere Ende des Streifens wird durch eine nagelgroße Blase auf gerötetem Grunde gebildet, die bei der ersten Beobachtung bereits geplatzt war. Der Blaseninhalt bestand aus einer klaren, serösen Flüssigkeit. Die Länge des Streifens beträgt 37 cm. Er weist von der Stelle der Bläschenbildung ab beiderseits eine feine, erythematöse Umrahmung auf. In der näheren und weiteren Umgebung des oberen Pols des Streifens befinden sich unregelmäßig umrandete rote Flecke, die teilweise mit Bläschen besetzt sind von gleicher Beschaffenheit wie die Streifenbläschen. Die dazwischen liegende Haut scheint intakt, eine Verbindung zwischen den Flecken ist nicht zu beobachten.

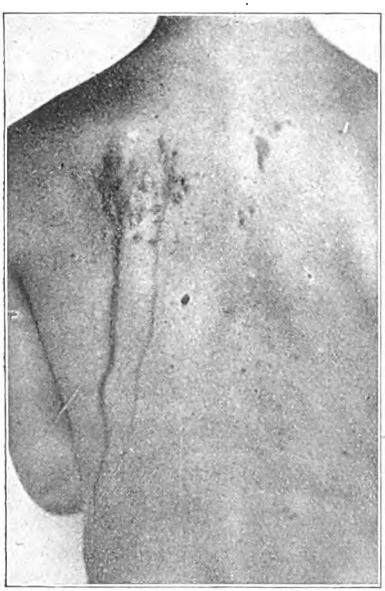
Am nächsten Tag sind die Entzündungserscheinungen sichtlich zurückgegangen, der Streifen ist weniger rot, die Bläschen sind eingefallen, die Bläschendecken knittrig. Merkwürdig ist das Auftreten eines zweiten, dem ersten nahezu parallel laufenden Streifens von 24 cm Länge, von dem am Tage der ersten Beobachtung nicht das Mindeste zu erkennen war. Dieser ist erheblich schmäler, weniger entzündlich, blaßrot, nicht erhaben, ohne Bläschenbildung und im ganzen Verlauf gleich breit, etwa 1 mm. Auf den ersten Blick hat man den Eindruck eines zweiten Regenbogens. Zwischen den Streifen untereinander und den Flecken in der Umgebung des oberen Pols des Streifens kann ein direkter Übergang auch heute nicht festgestellt werden. Die Suche nach einem parasitären Erreger war wie bei vielen anderen Fällen ergebnislos. An einer Stelle, die durch einen schwarzen Punkt auffiel, wurde unter Chloräthylspray die Hautdecke abgehoben und bei Lupenuntersuchung nichts gefunden. Ein Fortschreiten des Prozesses oder gar ein Wachstum des Streifens konnte bis jetzt nicht wahrgenommen

Digitized by Google

werden; im Gegenteil, wir beobachteten nur regressive Vorgänge und haben den Eindruck des Stillstandes.

24. VII. 1923. Ein Fortschreiten des Prozesses ist nirgends wahrnehmbar, wohl aber Rückbildungsprozesse. An Stelle der perlschnurartig aufgereihten Bläschen sieht man eine zart rosa-weißliche Linie im Niveau der Haut, die wie eine Narbe aussieht. Die ehemalige rote Umrahmung ist deutlich braun pigmentiert. Was besonders auffällt, ist das Sichtbarwerden einer Verbindung zwischen den Streifen einerseits und den verschiedenen Flecken in der Höhe der Skapula andererseits. Diese Verbindungen stellen sich dar als leicht bräunlich gefärbte Streifen von kaum 1 mm Breite ohne Windungen. Eine Verbindung zwischen den beiden Streifen besteht nicht außer indirekt durch die die Verbindung vermittelnden Flecken.

In Mitteleuropa ist die Affektion, welche durch ihr eigenartiges Bild der Erkennung kaum entgehen kann, verhältnismäßig selten beobachtet; am häufigsten in Österreich, während die Schweiz, Deutschland und Frankreich nur vereinzelte Berichte liefern. Wenn auch der Erreger in vielen, vielleicht sogar den meisten Fällen nicht nachgewiesen werden konnte, erscheint es sicher, daß es sich um eine sich in die Haut einbohrende und von da weiterkriechende Larve handelt. Eine solche wurde besonders häufig von russischer Seite festgestellt. In mehreren Fällen konnte das Wachstum des Streifens, welches besonders nachts stattfindet, beobachtet werden (Rille). Es muß sehr bezweifelt werden, ob es sich bei den unter dem Sammelnamen „Kriechkrankheit" bekannt gewordenen Fällen um ein und denselben Erreger handelt. Am häufigsten wird Gastrophilus equi genannt. Wir wollen für unseren Fall, ohne weitere Schlußfolgerungen zu ziehen, erwähnen, daß am Flußufer in der Nähe des Badeplatzes zurzeit ein Zirkus mit reichlichem, ausländischem Pferdematerial etabliert war. Der Erreger muß in unserem Falle von außen in die Haut eingedrungen sein, da doch der Patient lange entkleidet auf dem grasigen Boden lag. Während in anderen Fällen Inkubationen von Wochen und Monaten angegeben werden, handelt es sich hier höchstens um eine Inkubation von $1^1/_2$—3 Tagen, wahrscheinlich um den ersten Termin. Bezüglich des äußeren Bildes der Affektion nimmt der vorliegende Fall insofern eine Sonderstellung ein, als die Streifen einen fast gradlinigen Verlauf zeigen. In fast allen Fällen verlief der Streifen in feinen Windungen und Schleifen, niemals in Verästelung. Ob für diesen etwas abweichenden Verlauf ein besonderer Erreger oder die Lokalisation auf dem Rücken bestimmend waren, können wir nicht entscheiden. Wenn unsere über 14tägige Beobachtung ein definitives Urteil gestattet, so wäre der Prozeß abgeschlossen und würde hinsichtlich der Dauer wesentlich von den meisten üblichen Beobach-



Digitized by Google

tungen abweichen. Meist zieht sich die Erkrankung über Monate und Jahre hin.

An der Diagnose „Kriechkrankheit" ist nicht zu zweifeln. Bei der ersten Betrachtung konnte man in unserem Falle an einen stark ausgeprägten Dermographismus denken. Diese Diagnose ist aber abzulehnen, da ein Dermographismus nicht vorhanden ist.

Bei der Nachuntersuchung am 14. Tage sah man, daß überall da, wo Bläschenbildung bestanden hatte, oberflächliche weißliche Narben in Erscheinung getreten sind, während alles, was gerötet war, in Pigmentierung übergegangen ist. Diese ausgesprochene Narbenbildung steht im Widerspruch zu allen bisherigen Beschreibungen der „Kriechkrankheit" und ließ uns an ein Artefakt denken in dem Sinne, daß durch irgend ein Ätzmittel die Affektion künstlich erzeugt worden wäre. Bei weiterer Überlegung mußten wir diesen Gedanken ablehnen, denn wir konnten keinen neuropathischen Zug bei dem Patienten entdecken und die Familie ist frei von Neurosen. Die anamnestischen Angaben sind präzis und nicht zu bezweifeln. Über die Bedeutung des am zweiten Tage der Beobachtung aufgetretenen Streifens konnten wir uns nicht klar werden. Handelt es sich um ein Abwärtswandern des Parasiten, handelt es sich um einen zweiten Parasiten oder ist es ein Reflexvorgang?

Es ist möglich, daß wir infolge der großen modernen Völkerwanderung mit einer Zunahme ähnlicher Beobachtungen zu rechnen haben.

Ein zweiter Fall von Porokeratosis Mibelli.

Von

Dr. Menahem Hodara in Konstantinopel.

Mit 1 Abbildung im Text.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Der nachfolgend beschriebene Fall der seltenen, als Porokeratosis Mibelli bezeichneten Krankheit betrifft einen 52jähr., in bestem Wohlsein befindlichen Mann, der seit 20 Jahren an der Affektion leidet. Sie begann am rechten Handrücken, seit 12 Jahren hat sie sich sodann an der linken Seite des Gesichts lokalisiert. Man sieht kleine, harte, konische, verschieblich in die Haut eingelagerte, etwas rötliche, gegen die Oberfläche vorspringende Elemente von 1—2 mm Durchmesser und $^1/_2$ mm hervorragend, an der Oberfläche leicht verhornt; andere analoge, zu einem kleinen Kreise von 1 cm oder mehr gestellte Elemente zeigen ein deprimiertes Zentrum mit einem peripheren, erhabenen, harten, um $^1/_2$ bis 2 mm hervorspringenden Wall mit einer Hornschuppe bedeckt. Ferner sieht man noch diese Elemente in circinären Formen entwickelt, Halbkreisen oder Dreiviertelkreisen von einigen Zentimeter Durchmesser, immer im zentralen Abschnitt deprimiert, fast normal oder mehr oder weniger pigmentiert, glatt oder stellenweise leicht runzlig mit einem erhabenen, harten, an der Oberfläche verhornten Wall von beinahe 1 mm. Die linke

Digitized by Google

Wange und der linke Nasenflügel sind mit 3—4 dieser großen Halbkreise besetzt, ebenso findet sich eine analoge circinäre Effloreszenz unterhalb des Kinns. Die rechte Wange ist frei, jedoch finden sich auf der linken Schulter analoge circinäre, seit 14 Jahren bestehende Elemente: harte, hervorragende, verhornte Kreisabschnitte mit normalem, deprimiertem Zentrum. Ebenso sieht man einige frische Effloreszenzen an der rechten Seite des Halses, kleine, hervorragende, harte, beweglich in die Haut eingelagerte Kegel. Der Kranke verspürt kein Unbehagen, kein Jucken, und nach seiner Angabe ist die Krankheit, die vor 20 Jahren am Handrücken begonnen hatte, im Laufe der Jahre nach und nach spontan geschwunden, und ebenso sollen auch einige Effloreszenzen im Gesicht und an den Schultern mit den Jahren spontan geschwunden sein.

Bekanntlich ist die Ätiologie dieser Krankheit, der Porokeratosis Mibelli, unbekannt, Truffi denkt an eine Art Nävi, Mibelli glaubt, daß es sich um Dyskeratose der Schweißdrüsenmündungen handelt, und daß die Hornkegel einen Ausguß dieser darstellen. Andere Autoren glauben, daß die Hornkegel auch an anderen Stellen als an den Schweißdrüsenmündungen sitzen können.

Von dieser seltenen Krankheit habe ich bereits vor einem Jahre einen Fall in der Dermatologischen Gesellschaft von Konstantinopel vorgestellt, meine Mitteilung ist in Deutschland in dieser Wochenschrift (1921, Bd. 73, Nr. 40) veröffentlicht worden. Von dem zweiten Falle beabsichtige ich noch eine histologische Untersuchung vorzunehmen, über deren Ergebnis später berichtet werden soll. Der Fall bietet ein besonderes Interesse, indem er eine Bestätigung dafür ist, daß die Krankheit im Laufe der Jahre stellenweise spontan heilen kann. Da ich den ersten Fall von Porokeratosis, der seit 6 Monaten bestand, mit 5%igem Sublimatkollodium völlig geheilt habe, ohne daß seit einem Jahr ein Rezidiv aufgetreten ist, soll dieser Kranke in gleicher Weise behandelt werden.

Histologische Untersuchung eines Falles von Porokeratosis Mibelli.

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Houloussi Behdjet.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Mit 2 Abbildungen im Text.

Der folgende Fall von Porokeratosis Mibelli gehört klinisch dem Dr. Houloussi Behdjet, der die Freundlichkeit hatte, ihn mir zum gemeinsamen Studium zu zeigen, und der auch die beigegebenen Photographien aufgenommen hat.

Der Kranke, ein Mann von 35 Jahren, leidet an der Krankheit seit 14 Jahren. Man sieht in diesem Falle alle Phasen der Krankheit; frische Läsionen von 3—4 Monaten Dauer, unter der Form kleiner, harter, in der Größe eines Stecknadelkopfes oder mehr hervorragender Hornkegel, die bei Lupenbetrachtung von einem feinen, in der Peripherie roten Saume umgeben sind. Weiter sieht man schon etwas ältere analoge Elemente in Form eines ganz kleinen Kreises von 1 mm Durchmesser, im zentralen Abschnitt mit gleichmäßig glatter, nicht hervorragender Oberfläche; der Rand des Kreises zeigt einen um $^1/_4$ mm hervorragenden, leicht harten, roten, scharfen Wall. Ferner sieht man noch andere Elemente, immer unter der Form von regelmäßigen oder unregelmäßigen Kreisen, an Größe zunehmend von 1, 2, 3, 4 mm oder größere bis zu 2—3 cm oder mehr Durchmesser, mit kreisförmigen, konischen hervorragenden, harten, hornartigen Rändern, im zentralen Abschnitt im Verhältnis zu dem Rande mehr oder weniger eingesunken, bald mit ein wenig verdickter, karierter, schuppender oder andererseits mit gleichmäßig glatter, nicht schuppender, normal aussehender Haut. Man sieht so am Rücken der Finger und beider Hände ungefähr 20 dieser kreisförmigen Elemente. Auch an den Fußrücken und im unteren Abschnitt der Beine sieht man die gleichen Elemente, einige von großen Formen von 5—14 cm Durchmesser, immer mit ausgebuchteten Rändern; landkartenartige

Digitized by Google

Effloreszenzen, im zentralen Abschnitte eingesunken, bald glatt oder atrophisch, bald noch ein wenig verdickt und schuppend, die Ränder kreisförmig, hervorragend, hart, hornartig von ungefähr 1 mm Höhe. Auf den Fußrücken und im unteren Abschnitt der Beine sieht man im ganzen ungefähr 15 solcher großen und kleinen Elemente.

Endlich sieht man eine der ältesten und größten Effloreszenzen im Zustande spontaner Heilung, das Ganze des peripheren Randes und des zentralen Abschnittes unter dem Bilde eines braunen, glatten Fleckes mit normal aussehender Haut. Der Kranke empfand nirgends Jucken. Dr. BEHDJET machte bei dem Falle den PIRQUET mit zwei Arten Tuberkulin, dem von PONNDORF und Alttuberkulin, und fand ihn mit PONNDORF leicht, mit Alttuberkulin stark positiv. Die WR war völlig negativ, die Leukozytenformel normal. Er exzidierte ferner eine verhornte, hervorragende, harte, konische Papel und färbte die mikroskopischen Schnitte.

Die histologische Untersuchung nahm HODARA vor. Man sieht in den Schnitten an der Oberfläche der Epidermis eine ungeheure Hyperkeratose, eine sehr verdickte Hornschicht, und in dieser nirgends eine Spur von Parakeratose; es finden sich in dieser hyperkeratotischen Hornmasse nur multiple, oblonge oder bisweilen etwas rundliche in parallelen Reihen gestellte Hohlräume, die nichts anderes sind, als die leer gebliebenen Kernhöhlen ohne Kerne; nur selten kann man kaum hier und da eine kleine Spur eines persistierenden Kernes sehen, so daß im Ganzen die sehr verdickte Hornschicht rein hyperkeratotisch ist.

Abb. 1.

An einer Stelle der hyperkeratotischen Hornschicht sieht man wie eingesprengt eine kegelförmige parakeratotische Säule, die mit ihrem oberen Ende sich weit über die Oberfläche der hyperkeratotischen, schon stark verdickten Hornschicht erstreckt. Dieses obere Ende der parakeratotischen Säule ist mehr oder weniger zugespitzt wie ein Stachel oder kegelförmig und bildet klinisch wahrscheinlich den am weitesten vorspringenden, pyramidenförmig erscheinenden Punkt, den man an den frischen Papeln der Porokeratosis Mibelli bemerkt. Diese kegelförmige parakeratotische Säule ist auf allen Seiten scharf durch eine Demarkationslinie von der peripheren hyperkeratotischen Hornschicht abgegrenzt. Sie fällt in den Schnitten durch drei Charakteristika in die Augen: zunächst dadurch, daß sie stärker gefärbt ist, während die periphere hyperkeratotische Hornschicht blasser erscheint, ferner dadurch, daß ihr oberes Ende sich über die Oberfläche der Hornschicht erhebt und schließlich, daß diese konische Säule allein ausschließlich rein parakeratotisch ist, während die ganze periphere Hornschicht überall völlig hyperkeratotisch ist.

Die parakeratotische Säule, deren oberes Ende sich oberhalb der verhornten Oberfläche befindet, setzt sich quer durch die ganze basale Hornschicht fort, durchsetzt das Stratum granulosum und läßt sich in den

Digitized by Google

Schnitten bis mitten in die Stachelschicht hinein verfolgen; die im oberen Abschnitt mehr schmale parakeratotische Säule wird im mittleren und Grundabschnitt breiter und breiter. Sie umgibt die Mündungen und Gänge der Schweißdrüsen und an voneinander entfernten übereinander gelegenen Stellen inmitten der parakeratotischen Säule sieht man deutlich Durchschnitte von Mündungen oder Gängen der Schweißdrüsen unter dem Bilde zylindrischer mehr oder weniger verlängerter oder auch rundlicher Haufen. In der Peripherie der Schnitte der Schweißdrüsengänge finden sich multiple cirkuläre parakeratotische Reihen mit abgeplatteten ringförmig angeordneten Kernen; diese Parakeratose der Schweißdrüsengänge ist auch konzentrisch und erfüllt das Innere der Durchschnitte der Schweißdrüsengänge in Form von multiplen Reihen parakeratotischer Kerne, so daß die Schweißdrüsengänge durch eine konzentrische und exzentrische Parakeratose verdickt sind. Hier und da sieht man in den Schnitten im Stratum granulosum und im oberen Abschnitt des Stratum spinosum inmitten der parakeratotischen Säule Durchschnitte von Schweißdrüsengängen, verdickt durch eine Parakeratose der Wandungen, die sich konzentrisch in das Innere des Schweißdrüsenlumens erstreckt; stellenweise sieht man im zentralen Abschnitt einiger Schnitte der Schweißdrüsengänge einen Teil des Lumens frei. Diese Durchschnitte von durch die konzentrische Parakeratose ihrer Wandung verdickten Schweißdrüsengängen sind allseitig von einer parakeratotischen Zone umgeben, die exzentrisch viel stärker entwickelt ist und das Bild der kegelförmigen Säule mit mehr breiter Basis und mehr schmalem Ende darstellt. In dieser exzentrischen parakeratotischen Zone um die Schweißdrüsengänge herum finden sich multiple Reihen parakeratotischer, abgeplatteter Kerne, in teils horizontal, teils longitudinal parallelen Reihen, stellenweise in unregelmäßigen Massen angeordnet; sie sind teils größer teils kleiner, in der Form abgeplatteter kleiner Stäbchen. Es bestehen also in der Hornschicht zwei Prozesse: 1. ein allgemeiner, überall eine ungeheuer hyperkeratotische Hornschicht, 2. ein nur auf den Umfang der Mündungen und Gänge der Schweißdrüsen beschränkter parakeratotischer Prozeß, konzentrische Parakeratose im Inneren, exzentrische, viel stärker entwickelte, um die Kanäle herum. Unterhalb der verdickten Hornschicht sieht man ein stark verdicktes Stratum granulosum von 5—8—10 Reihen großer rautenförmiger oder unregelmäßiger granulierter Zellen mit einer beträchtlichen Masse großer Keratohyalin-Körner; einige dieser granulierten Zellen

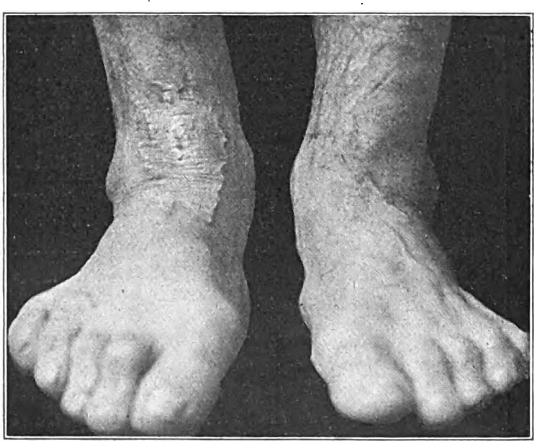


Abb. 2.

Digitized by Google

haben gut erhaltene Kerne, bei den meisten sind die Kernhöhlen leer oder enthalten vielleicht einige Reste von Kernen.

Die suprapilläre Stachelzellenschicht ist gleichfalls sehr dick, es findet sich eine beträchtliche Akanthose, bestehend aus zahlreichen Reihen von Stachelzellen mit reichlichem Protoplasma; sehr geringes interzelluläres Ödem; die interzellulären Räume leicht erweitert; die Stachelzellenschicht ist auch bedeutend verdickt im Niveau der Epithelzapfen, die zum Teil sehr breit, zum Teil mehr schmal und nach dem Korium zu stark verlängert sind. Die Kernhöhlen der suprapapillären Stachelzellenschicht und der Zapfen sind ödematös und dilatiert; die Epithelkerne sind größtenteils verändert, man sieht eine große Zahl von vakuolisierten Kernen, kleine runde Vakuolen oder kleine oder größere von verlängerter und unregelmäßiger Form, ferner fast vollkommen vakuolisierte Kerne mit nur peripher gefärbten Umrissen, oder auch vakuolisierte in Schollen zerfallene Kerne (Karyorrhexis von Unna), schließlich eine große Zahl von atrophischen, geschrumpften Kernen in verschiedenen Formen, kleine rundliche oder unregelmäßige, die $^3/_4$, die Hälfte oder nur einen Winkel der Kernhöhle ausfüllen, oder auch nur einige Reste von Kernen; oder die Kerne sind vollkommen geschwunden und man sieht von der basalen suprapapillären Stachelzellenschicht und besonders den Epithelzapfen bis zu den obersten Reihen der Stachelzellen eine sehr große Zahl von vollkommen leeren, ihrer Kerne beraubten Kernhöhlen. Die Papillen, welche zwischen den nach dem Korium zu stark verlängerten Epithelzapfen liegen, sind gleichfalls stark gegen die Oberfläche vorspringend und schmal, die zwischen den breiten Epithelzapfen gelegenen Papillen sind weniger vorspringend und breit. Die Kapillaren der Papillen sind fast alle stark varikös erweitert, ebenso auch die Lymphspalten der Papillen und des Corpus papillare stark erweitert, ödematös; die subpapillären Gefäße sind gleichfalls erweitert, man sieht eine Hyperplasie der perithelialen Zellen der Kapillaren und der subpapillären Gefäße, ebenso auch eine Hyperplasie der Bindegewebszellen des papillären und subpapillären Gewebes, stellenweise sehr ausgeprägt unter dem Bilde von Herden einer Infiltration von Bindegewebszellen. Hier und da kann man in einem dilatierten Lumen oder im Gewebe einen Lymphozyten oder Leukozyten sehen, aber nirgends Lymphozyten- oder Leukozytenherde.

Zusammenfassung.

Zusammenfassend findet man in diesem exzidierten Stück einer typischen verhornten, verrukösen Papel der Porokeratosis histologisch im oberen Abschnitt der Kutis entzündliche Veränderungen, beträchtliche variköse Erweiterung der Kapillaren und der subpapillären Gefäße, Hyperplasie der perithelialen Zellen und der stellenweise in Herden angehäuften Bindegewebszellen des papillären Gewebes.

Die Stachelzellenschicht ist stark hyperplastisch und voluminös, es findet sich eine beträchtliche Akanthose, die Epithelzapfen sind gleichfalls stark hypertrophisch und hyperplastisch und nach der Kutis zu verlängert, die Kernhöhlen sind stark erweitert, die Epithelkerne größtenteils verändert, vakuolisiert, zerfallen (Karyorrhexis von Unna), mehrere Kerne

Digitized by Google

atrophisch, geschrumpft und eine große Zahl von Kernen vollkommen geschwunden, so daß in der Stachelzellenschicht und den Epithelzapfen die Mehrzahl der Kernhöhlen leer und ihrer Kerne beraubt sind. Die Körnerzellenschicht ist gleichfalls stark verdickt aus 4—10 Reihen großer granulierter Zellen zusammengesetzt, die eine ungeheure Menge großer Keratohyalinkörner enthalten. Die Hornschicht ist beträchtlich hyperkeratotisch, stark verdickt, was klinisch den harten, hornartigen Zustand der Oberfläche der Papel bewirkt. Abgesehen von diesem allgemeinen hyperkeratotischen Prozeß der ganzen Hornschicht findet sich ein zweiter parakeratotischer Prozeß der ausschließlich auf die Mündungen und Gänge der Schweißdrüsen beschränkt ist; in der Tat sieht man um sie herum eine Art parakeratotische Säule oder Kegel, mitten in die hyperkeratotische Masse eingebettet und auf allen Seiten durch eine Demarkationslinie scharf von der peripheren hyperkeratotischen Hornschicht abgegrenzt. Dieser parakeratotische, die Mündungen und Gänge der Schweißdrüsen umgebende Kegel hat eine breitere Basis, die sich bis in die Körner- und Stachelzellenschicht erstreckt. Der mittlere und obere Abschnitt wird immer schmäler, und das obere Ende ist wie ein Stachel zugespitzt, der sich über die Oberfläche der schon stark verdickten, hyperkeratotischen Hornschicht erhebt und klinisch wahrscheinlich den konisch hervorspringenden Punkt darstellt, den man an dem Gipfel der frischen Porokeratotis-Papeln bemerkt. Inmitten dieses parakeratotischen Kegels sieht man Durchschnitte der Mündungen und Schweißdrüsengänge, verdickt und parakeratotisch, im Stratum corneum, granulosum und spinosum unter der Form von mehr oder weniger verlängerten oder abgerundeten Haufen, zusammengesetzt aus multiplen, zirkulären, parakeratotischen Reihen stäbchenförmig abgeplatteter Kerne. Diese Parakeratose der Schweißdrüsengänge erstreckt sich konzentrisch in das Innere des Lumens, indem es dieses ausfüllt, doch sieht man stellenweise Teile dieses Lumens noch frei; exzentrisch ist diese Parakeratose um die Mündungen und Schweißdrüsengänge noch stärker in einer mehr oder weniger breiten Zone entwickelt und bildet den parakeratotischen Kegel, der die Mündungen und Schweißdrüsengänge umgibt und aus sehr zahlreichen, parakeratotischen parallelen horizontalen, longitudinalen oder unregelmäßigen Reihen zu mittelgroßen oder kleinen Stäbchen abgeplatteter Kerne zusammengesetzt ist.

Schlußfolgerung.

Unter allen in der vorhergehenden Zusammenfassung erwähnten histologischen Veränderungen wäre also nach unseren Präparaten am charakteristischsten für diese Krankheit eine exzentrische und konzentrische Poro-Parakeratose.

Digitized by Google

Aus der dermato-venereologischen Praxis und dem serologischen Laboratorium von Dr. Julius Wittemann in M.-Gladbach.

Über die Behandlung der Syphilis mit dem Wismutpräparat Bismogenol und seine Bedeutung für eine ausgiebig wirkende Zwischenkur.

Von

Dr. Alfred Holländer.

Durch Einführung des Wismuts in die Syphilistherapie sind wir um ein weiteres Mittel zur Bekämpfung der Syphilis bereichert worden. Um die Wirkung dieses Therapeutikums aber richtig beurteilen zu können, muß es ohne sonstige nebenhergehende Behandlung angewandt werden. Deshalb verlieren die Mitteilungen an Wert, die über gleichzeitige Behandlung mit Salvarsan bzw. Hg und Wismut berichten.

Ich berichte im folgenden über die Behandlung der verschiedenen Stadien der Syphilis mit dem deutschen Wismutpräparat Bismogenol (Tosse) an Hand von 70 Fällen. 55 Patienten wurden nur mit Bismogenol behandelt ohne Verabreichung von sonstigen Antisyphilitika. Bei 15 weiteren Fällen wurde mit Bismogenol begonnen und später die Behandlung kombiniert mit Salvarsanpräparaten fortgeführt. Hervorzuheben ist, daß es sich nur um Fälle aus der ambulanten Praxis handelt.

Was die Anwendungsweise des Bismogenols betrifft, so gaben wir in der ersten Zeit als erste Injektion 0,5 ccm, die weiteren Injektionen zu 1 ccm durchschnittlich zweimal wöchentlich. Seit einigen Wochen geben wir von Anfang an 1 ccm, wir verzichten auf die „Probedosis" von 0,5 ccm. Im ganzen applizieren wir 12 Bismogenolinjektionen intraglutäal.

Über die Wirkung des Bismogenols auf Primäraffekte können wir nichts Bestimmtes sagen. Wir sahen einen P.-A. am Präputium nach 0,5 ccm Bi nach 2 Tagen verkleinert. Spir. pall. waren noch nachzuweisen, allerdings in wesentlich geringerer Zahl als vorher. Ein anderer war nach 2 Bismogenolinjektionen gereinigt, zeigte allerdings noch keine Tendenz zur Überhäutung. Ein Oedema indurativum des Lab. maj. verkleinerte sich ebenfalls nicht unwesentlich nach 1 Bismogenolinjektion. Wir gingen dann zur kombinierten Behandlung (Salvarsan) über, da es uns noch zu gewagt erscheint, die primäre Syphilis, bei der es doch darauf ankommt, eine rasche und durchgreifende Wirkung zu erzielen, vorläufig allein mit Wismut zu behandeln. Bei der kombinierten Kur verwenden wir jetzt auch hier anstatt Hg das Bi.

Das Hauptanwendungsgebiet des Bismogenols ist nach unseren Erfahrungen die sekundäre Syphilis. Erstaunlich ist hier in den meisten Fällen die schlagartige, plötzliche Beeinflussung der Krankheitserscheinungen. Das können wir ganz besonders von der Angina specifica sagen. Bereits nach 1 Bismogenolinjektion sahen wir bei 10 Fällen von Angina specifica eine direkt auffallende Besserung, nach der 2. Injektion (nach 5—6 Tagen) war in allen Fällen die Abheilung vollendet; bei einem Fall konnten schon nach Injektion von 1,0 ccm Bi nach 3 Tagen die Beläge als beseitigt angesehen werden. Die oft bestehende rauhe Stimme und Heiserkeit verschwand immer in der gleichen Zeit. Nur ein einziger Fall machte eine Ausnahme. Nach 0,5 ccm Bi war keinerlei Veränderung der dicken Beläge auf den Tonsillen zu konstatieren.

Nur bei einer Patientin sahen wir am Tage nach der 1. Bismogenolinjektion (1,0 ccm) ein Deutlicherwerden der Roseola im Sinne einer Herxheimerschen Reaktion. Sonst beobachteten wir bei unseren sämtlichen Patienten nie derartiges. Syphilitische Erscheinungen auf der Schleimhaut des Mundes, wie Plaques, heilten in der gleichen Zeit wie die Angina specifica ab.

Breite Kondylome waren nach der 2. Bismogenolinjektion fast immer eingetrocknet, bei der 3. zeigten sie deutlich beginnende Überhäutung, und bei der 4. Injektion waren sie völlig überhäutet. Das gleiche können wir von der Abheilung der

Digitized by Google

Erosiopapeln sagen. Trockene Papeln am Stamm waren nach 3—4 Bismogenolinjektionen im allgemeinen viel weniger beeinflußt. Am wenigsten beeinflußt zeigten sich Roseolen. Noch nach 3—4 Injektionen waren sie wie vor Beginn der Behandlung zu sehen.

Papeln in den Nasolabialfalten und an den Mundwinkeln waren nach der 5. Bismogenolinjektion meist geschwunden.

Bei einer Patientin mit rhagadiformen Papeln an beiden Mundwinkeln, die nach 6 Neosalvarsaninjektionen (Dosis III) keinerlei Veränderung zeigten (salvarsanresistent?), waren diese schon nach der 2. Bismogenolinjektion deutlich abgeflacht, nach der 5. Injektion waren sie abgeheilt. Bei einem anderen Fall schwanden Papeln an den Mundwinkeln erst nach 9 Bismogenolinjektionen. Framboësiforme Papeln an der Nase sahen wir bei einem Patienten nach der 2. Injektion abgeheilt. Ein papulöses Syphilid am Halse bei einer Patientin, die keine Salvarsan-Präparate vertrug, war nach 12 Bismogenolinjektionen noch nicht ganz abgeheilt. Patienten mit Dolores esteocopi nocturni erklärten schon nach mehreren (3—4) Bismogenolinjektionen, daß der Kopfschmerz erheblich nachgelassen hätte, am Ende der Bismogenolkur hatte keiner mehr derartige Klagen vorzubringen.

Von tertiär-syphilitischen Erscheinungen sahen wir eine Orchitis syphilitica von Gänseeigröße nach 15 Bismogenolinjektionen um mehr als zwei Drittel verkleinert. Eine Periostitis syphilitica zeigte sich nach 4 Bismogenolinjektionen gut beeinflußt; der vorher starke Spontan- und Palpationsschmerz war fast geschwunden, die vorher bestehende Rötung bestand nicht mehr, und die zirkumskripte Schwellung war merklich zurückgegangen. Eine weitere Beobachtung war uns leider unmöglich. Bei einem Patienten mit Aortitis syphilitica war nach 4 Bismogenolinjektionen das Beklemmungsgefühl in der Herzgegend geschwunden, ebenfalls hatte der außerdem bestehende Kopfschmerz aufgehört. Am Ende der Bismogenolkur war das subjektive Wohlbefinden das gleiche. Der organische Befund zeigte keinerlei Veränderung.

Wie wird die Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion durch Bismogenol beeinflußt?

Bei 13 Patienten mit latenter Syphilis war am Ende der Bismogenolkur die vorher stark positive WR und SGR in 4 Fällen negativ, in 5 Fällen waren die zu Beginn der Kur stark positiven Reaktionen abgeschwächt (große bzw. kleine Kuppe), und in 4 Fällen waren beide Reaktionen zum Schluß der Kur immer noch stark positiv.

Ich komme nun auf die Verträglichkeit und die geringen Nebenwirkungen des Bismogenols zu sprechen. Die Patienten brachten nach den einzelnen Injektionen kaum Klagen vor. Nur einzelne empfanden ein „dumpfes Gefühl" an der Injektionsstelle, das aber schon nach 24 Stunden geschwunden war. Direkte Schmerzhaftigkeit wurde nur zweimal angegeben, aber auch diese bestand schon nach 24 Stunden nicht mehr.

Durchfälle oder sonstige Störungen des Allgemeinbefindens beobachteten wir niemals.

Nur bei 3 Patienten sahen wir am Zahnfleischrand der Eck- und Schneidezähne den bekannten blau-schwärzlichen Wismutsaum. Wir hielten allerdings alle Patienten zu peinlichster Mundpflege an (Reinigung der Zähne nach den Mahlzeiten und Spülung mit H_2O_2) und glauben, daß dies völlig genügt, um Wismutstomatitiden hintanzuhalten. Denn auch bei Patienten mit schlechtem Gebiß sahen wir nie die doch bei Hg so häufig auftretenden Erscheinungen am Zahnfleisch.

Eine besondere Besprechung verdient die Frage, ob das Bismogenol eine schädigende Wirkung auf die Niere ausübt. Bei einzelnen Fällen sahen wir vorübergehendes Auftreten von Albumen im Harn. Im Sediment fanden sich dann Epithelien aller Art und nur vereinzelte weiße Blutkörperchen. In anderen wenigen Fällen wurden bei negativem Eiweißbefund im Sediment wenig Epithelien gefunden, bei 3 Fällen außerdem auch Lipoide. Nach 3—5tägigem Aussetzen der Bismogenolinjektionen war der Urinbefund wieder normal und blieb es auch in unseren Fällen bei der weiteren Bi-Behandlung. Bei kombinierten Kuren schoben wir bei pathologischem Urinbefund ein bis zwei Salvarsaninjektionen ein, danach war der Urinbefund wieder normal.

Nur bei einem Fall fanden sich im Urinsediment Epithelien, Leuko- und Erythrozyten in mäßiger Zahl. Erst nach 4 Wochen trat nach strenger Bettruhe und Nierendiät eine Besserung ein. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist jetzt wieder gut, war allerdings in der fraglichen Zeit auch nicht wesentlich verändert.

Digitized by Google

Die Patienten klagen übrigens nie über irgend welche Beschwerden, wenn ein pathologischer Urinbefund zu erheben ist. Nach unseren Beobachtungen scheint mir in den meisten Fällen überhaupt keine Schädigung der Nieren als solche vorzuliegen, sondern es handelt sich nur um vorübergehende leichte Erkrankung der abführenden Harnwege.

Für letzteres spricht das Fehlen von Zylindern (wir fanden nie Zylinder!) und das Vorherrschen von Epithelien aller Art.

Bei den Fällen, wo ich neben Epithelien einen reichlicheren Gehalt an Lipoiden feststellen konnte, glaube ich degenerative Veränderungen am tubulären Apparat der Niere annehmen zu dürfen, etwa im Sinne einer Lipoidnephrose. Das bedarf aber alles noch weiterer klinischer Beobachtung.

Zuletzt gebe ich noch zu bedenken, ob nicht die leichten, eben beschriebenen Schädigungen durch Bi so gedeutet werden können, daß infolge der Lues eine Alteration der Nieren oder der abführenden Harnwege stattgefunden hat, und daß eine vorübergehende toxische Schädigung des epithelialen Nierenapparats oder der abführenden Harnwege durch Bi aufgepfropft ist.

Dafür spräche, daß der Urinbefund später normal bleibt.

Auf jeden Fall ist bei der Behandlung mit Wismut der Funktion der Niere die genaueste Beachtung zu schenken. Eine dauernde und genaue Untersuchung des Urins während der ganzen Kur muß unbedingt verlangt werden. Wenn auch bisher noch von keiner Seite ernstere und dauernde Schädigungen beschrieben sind, so darf von dieser Forderung, meiner Ansicht nach, besonders, wo wir doch eigentlich erst am Anfang der Wismutbehandlung der Syphilis stehen, nicht abgewichen werden.

Nach den bisherigen Mitteilungen aller Untersucher scheint das Wismut dem Quecksilber in bezug auf die therapeutische Wirkung erheblich überlegen zu sein. Ob dementsprechend die Erfolge bei kombinierten Kuren mit Salvarsan und Wismut bessere und dauernde sein werden, als es bisher bei kombinierter Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber der Fall war, muß abgewartet werden. Wir wissen, noch zuletzt aus Untersuchungen von H. Schreus und mir (Klin. Wschr., 1922, Nr. 42), daß der Konzentrationsabfall des Salvarsans im Blut ein rascher ist. Wohin sich das Salvarsan so schnell nach der Injektion begibt, ist noch nicht genügend geklärt. Infolgedessen müssen wir zur Verbesserung der therapeutischen Dauerwirkung danach trachten, ein Mittel dem Organismus einzuverleiben, was in der Zwischenzeit (zwischen den einzelnen Salvarsaninjektionen) eine ausgiebige therapeutische Wirkung verbürgt. Oder aber, und das ist sicher das vorteilhaftere, wir müssen Salvarsan in kürzeren Zeitabschnitten aufeinanderfolgend, dann allerdings in kleineren Dosen, injizieren. Wir müßten dann versuchen, in so kurzen Zeitabschnitten die einzelnen Salvarsaninjektionen aufeinanderfolgen zu lassen, daß die Konzentrationskurve des Salvarsans im Blut auf gleicher und voller Höhe bleibt. Allerdings könnte eine derartige Behandlung immer nur kurze Zeit dauern, da sonst der menschliche Organismus schwer geschädigt werden könnte. Bei guter Beobachtung ist das aber zu vermeiden. Nach einer solchen Salvarsanbehandlung müßte dann, vielleicht unter Einschiebung einer kurzen Behandlungspause, eine Wismutkur folgen. Wir würden, da wir wissen, daß die Resorption von wirksamen Substanzen (in diesem Falle Bi) aus Ölen sehr verlangsamt stattfindet, also durch die unlösliche Bismogenolinjektion dem Körper ein Mittel zuführen, das analog dem Hg, wahrscheinlich aber eine längere, gleichmäßige Wirkung erzielt, allerdings nie eine an das Salvarsan heranreichende.

Bei einem solchen Behandlungsplan dürfte aber selbstverständlich, wie das heute leider oft geschieht, nicht schematisch, sondern, wie überall in der Medizin, nur individualisierend behandelt werden.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Verhandlungen der fünften Versammlung der Nordischen Dermatologischen Gesellschaft zu Stockholm, Juni 1922.

Ekzema marginatum Hebrae und andere ekzemähnelnde Mykosen, von C. Rasch-Kopenhagen. Verf. unterscheidet drei Gruppen: 1. das Hebrasche Ekzema marginatum mit verschiedenen Abarten, 2. die durch Trichophytonarten und Achorion bedingten ekzematösen Prozesse und 3. Ekzeme, die auf Hefepilze zurückzuführen sind. Das Epidermophyton inguinale und verschiedene Unterarten von Trichophyton und Achorion sind imstande, Prozesse an der Haut hervorzurufen, welche dem Ekzem genau gleichen. Wahrscheinlich gibt es noch mancherlei andere Ekzemarten, welche durch Hefepilze bedingt sind, obwohl zuzugeben ist, daß die vorhandenen Hefepilze auch als Saprophyten im Verein mit anderen noch unbekannten Infektionsfaktoren existieren können.

Über Vorstadien der Karzinosis und Hautkrebs, von E. Bruusgaard-Christiania. Nach einigen einleitenden Bemerkungen über den Unterschied zwischen den Karzinomfällen, welche ausschließlich durch äußerliche Reizmittel (Röntgenkarzinome) bedingt und solchen, die auf eine essentielle, konstitutionelle Disposition zurückzuführen sind (Xeroderma pigmentosum), berichtet B. über eine interessante Beobachtung bei einem 28jährigen Manne, der bei der mehrjährigen Lupusbehandlung mit Röntgenstrahlen eine ausgedehnte Dermatitis akquiriert hatte, die im weiteren Verlauf zur Krebsbildung führte. Zu einer Zeit, als klinisch von Karzinom durchaus nichts wahrzunehmen war, wurde bei Gelegenheit der Lupusbehandlung eine Bioskopie an einem von Röntgendermatitis befallenen Hautstück, das klinisch durchaus keine Andeutung von Krebsentartung darbot, vorgenommen. Das mikroskopische Bild zeigte ein Epitheliom. Ein anderer interessanter Fall betraf eine 65jährige Frau, bei der ein Karzinom des Labium minus auf der Basis atrophischer, kraurotischer Prozesse sich entwickelte. Ferner wird ein Fall von Röntgenkarzinom der Oberlippe nach Lupusbehandlung bei einem 34jährigen Manne beschrieben, der auf Radium ungünstig reagierte, sowie ein auf Radium auch refraktäres spinozelluläres Karzinom der Wange bei einer 78jährigen Frau und ein ebenso sich verhaltender Basalzellenkrebs der Nase bei einem 18jährigen Jüngling.

Über Rosacea nasi, insbesondere bei Frauen, von A. Cedercreutz-Helsingfors. Nach Sutton (1919) steht die Rosazea oft mit Basedowschen Vorgängen in Verbindung, und C. hat unter 24 Fällen achtmal eine deutliche Struma und außerdem bei 6 Fällen frustane Anzeichen von Thyreoiderkrankung konstatiert.

Einige erste Erfahrungen über die Behandlung von Syphilis mit Wismutsalzen, von K. Marcus-Stockholm. Bei einem kleinen Material (38 Fälle) hat M. günstige Resultate beobachtet unter Verwendung von Trepol bzw. einer 10%igen Aufschwemmung von Bismuthum subsalicylicum.

Kann eine Salvarsaninjektion eine positive WR bei sicheren Nichtsyphilitikern hervorrufen? von H. Boas und A. Kissmeyer-Kopenhagen. Zur Klärung dieser Frage haben Verff. 50 sicher nichtsyphilitischen Patienten Injektionen von Altsalvarsan (7) bzw. Neosalvarsan (6), Silbersalvarsan (25) und Neosilbersalvarsan (12) gegeben und bei allen negative Resultate erhalten.

Zur Kenntnis der Rezidive der Gonorrhoe bei kleinen Mädchen, von H. J. Schlasberg-Stockholm. An einem Material von 146 Mädchen im Alter von 1—11 Jahren hat Verf. im Laufe der Jahre 1912—1922 genaue Beobachtungen ausgeführt. Lokalisiert war die Affektion an der Vagina und Urethra bei 106 Fällen, an der Vagina allein bei 11, und an Vagina, Urethra und Rektum bei 11 Fällen. Daß die Rezidive in der Regel von

Digitized by Google

einer Bartholinitis ausgehen, bestreitet Verf. Dasselbe gilt vom Rektum. Die meisten Rezidive waren auf Vaginalherde zurückzuführen. Daß auch bei Mädchen in diesem Alter Gonokokken bis in die Cervix uteri eindringen können, hat Sch. durch genaue Untersuchungen bei 20 Fällen bestätigt. Eine lokale Zervikalbehandlung ist aber zweckmäßigerweise zu unterlassen, da auch ohne dieselbe in der Regel Heilung erfolgt.

Behandlung von chronischem Ekzem mit konzentriertem Kohlenbogenlicht nach Finsen, von S. Lomholt-Kopenhagen. Im Finsen-Institut zu Kopenhagen hat man bei einigen 40 Fällen von chronischem Ekzem, welche anderen Mitteln getrotzt hatten, durch Bestrahlung mit der Bogenlampe Heilung erzielt. Man gab meist Sitzungen von 15 Minuten (bis 20 und 30 eventuell) mit der gewöhnlichen Finsenlampe von 50 Ampère.

Über Kolloidreaktionen in der Zerebrospinalflüssigkeit, von N. Nander-Kopenhagen. Bericht über eine größere Reihe von Beobachtungen, welche mit der Langerschen Goldsolreaktion bzw. mit den von anderer Seite angegebenen Modifikationen ausgeführt wurden.

Behandlung der Psoriasis mit Arsenik, von A. Afzelius-Stockholm. Die Resultate einer 20jährigen Praxis mit 240 exakten Beobachtungen veranlassen Verf., die Behandlung mit großen Dosen zu empfehlen.

Die Verwendung von Schwefelöl bei der Behandlung der Psoriasis und einiger anderer Dermatosen, von L. Moberg-Stockholm. Die wenigen Beobachtungen, welche M. mit der von Brisson empfohlenen Injektion von Schwefel mit Eukalyptol in öliger Lösung angestellt hat, waren nicht geeignet, zur Fortsetzung anzuregen.

Behandlung der Psoriasis mit Milchinjektionen, von J. Fox-Stockholm. Beobachtungen an 45 Fällen, welche als vorbereitende Behandlung durchschnittlich 14 Tage lang intraglutäale Milchinjektionen (meistens 5 Injektionen zu 2—10 ccm) erhielten, ergaben, daß dieses Mittel immerhin eine gewisse günstige Wirkung bei den schwereren Fällen auszuüben imstande ist.

Untersuchungen über die Diffusion von Uranin in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilitikern (vorläufige Mitteilung), von O. Jersild-Kopenhagen. Siehe Referat unter Ann. de Derm. et de Syph., Mai 1923, in Bd. 77, S. 1179 dieser Zeitschrift.

Demonstrationen.

Klinische Bemerkungen zur Erythrodermia desquamativa Leiner, von F. Grön-Christiania. Aus Beobachtungen an zehn einschlägigen Fällen und aus den Ergebnissen der Literatur folgert G., daß die Leinersche Krankheit eine wohlcharakterisierte Dermatose ist, die möglicherweise mit dem universellen seborrhoischen Ekzem zusammengehört. Sie kann Flaschenkinder sowohl wie Brustkinder befallen, ist häufig, aber nicht notwendigerweise mit Darmstörungen verbunden und im übrigen in bezug auf Ätiologie noch unaufgeklärt.

Die Wirkung der X-Strahlen auf die Haut und deren Bedeutung bei einigen Dermatosen, von S. Lomholt-Kopenhagen. Bei Lupus erythematodes (40 Fälle) und Psoriasis (60 Fälle) hat L. günstige Wirkungen gesehen von Bepinselung mit einer Lösung von Thorium X in Propylalkohol unter einem möglichst dicht abschließenden Verbande.

Salvarsan als sozialhygienischer Faktor, von O. Jersild-Kopenhagen. Aus seinen Aufzeichnungen über Behandlungsresultate entnimmt J., daß er vor Einführung des Salvarsans unter 200 nur merkuriell behandelten Fällen 80% Rezidive innerhalb der ersten zwei Jahre zu verzeichnen hatte, während bei 169 kombiniert mit Salvarsan behandelten Fällen der Prozentsatz sich auf 19,5 reduzierte.

Syphilis und Ehe, von J. Strandberg-Stockholm. Ausführliche Besprechung der ganzen Frage von verschiedenen Gesichtspunkten aus unter Mitteilung einer ausgiebigen Kasuistik. Von 250 genauer verfolgten Ehen waren nur 69 (27,6%) ohne erkennbare nachteilige Folgen geblieben.

Wann kann man die Gonorrhoe eines Mannes für geheilt erklären?, von E. Björling-Malmö. Zu fordern ist: Urin dauernd ohne pathologische Leukozyten; Ausschabungen zweimal ausgeführt (mit stumpfem Löffel), beide gonokokkenfrei; keine paraurethralen Gänge; normale Prostata.

Über den Normalstoffwechsel bei Ichthyosis, von M. Krogh und C. With-Kopenhagen. Bei Ichthyosis findet sich öfters eine Störung des Stoffwechsels, der auf die Tätigkeit der Schilddrüse zurückzuführen ist; Verff. empfehlen daher eine Thyreoidbehandlung unter Kontrolle des Stoffwechsels mit dem von August Krogh angegebenen Spirometer.

Digitized by Google

Die Abortivbehandlung der Syphilis, von H. Boas-Kopenhagen. Die über einen Zeitraum bis zu 11 Jahren fortgesetzte Kontrolle einer größeren Zahl von Syphilisfällen ergibt, daß eine Abortivbehandlung unzweifelhaft möglich ist sowohl wenn man Salvarsan allein verwendet, als auch wenn man eine Kombination von Altsalvarsan oder von Neosalvarsan bzw. Silbersalvarsan mit Hg verwendet. Eine spätere präventive Hg-Behandlung hat prozentual nur eine geringe Verminderung der Rezidive ergeben.

Abortivbehandlung der Syphilis, von Müllern-Aspegren-Stockholm. Ausführliche Besprechung des Themas an der Hand von eigenem reichlichen Material und anderen Publikationen. Es wird hervorgehoben, daß bei seronegativer und auch bei seropositiver Lues eine Abortivbehandlung unleugbar Aussicht auf Erfolg hat, und Verf. empfiehlt nicht, etwa der Sicherheit halber noch intermittente Hg-Kuren zu verabreichen.

Behandlung der Akne mit nicht konzentriertem Kohlenbogenlichte, von A. Kissmeyer-Kopenhagen. Behandlung mit Finsen-Reyn-Lampe bei 23 Fällen (20 Ampère, 50 Volt) ergab in 40—50 Sitzungen bisher völlige Heilung bei 9 Fällen.

Ein Fall von „White spot disease" an der linken Halsseite im Verein mit Hemiatrophia facialis sinistra bei einem 13jährigen Mädchen, von A. Cedercreutz-Helsingfors. Besserung durch Röntgenbestrahlung. C. führt (wie andere) die Affektion auf eine Störung der endokrinen Sekretion (Thyreoidea) zurück, in diesem Falle vermutlich auf tuberkulöser Basis beruhend.

Ikterus während und nach der Salvarsanbehandlung, von W. Holland-Kristiania. Aus seinen diesbezüglichen Beobachtungen (15 Fälle), die mit dem Jahre 1919 beginnen, entnimmt H., daß für einige Erkrankungen wohl das Salvarsan den ätiologischen Faktor abgibt, bei anderen Fällen aber jedenfalls andere Momente zu beschuldigen sind.

Ein Fall von aktiver Syphilis und positiver Wassermannscher Reaktion, 62 Jahre nach der Infektion, von H. Boas-Kopenhagen. Die mit 20 Jahren akquirierte, im Rikshospital behandelte Syphilis scheint benigner Art gewesen zu sein. 7 gesunde Kinder.

Beitrag zur Kenntnis der Aplasia moniliformis, von J. Strandberg-Stockholm. Bei 5 über 3 Generationen verteilten Mitgliedern einer Familie fand sich eine auffallende Kombination dieses Leidens mit ausgesprochenen Anomalien der Zahnbildung. Verf. nimmt eine gemeinsame endokrine Störung als Ursache an.

Über Salvarsandermatosen, von N. Nander-Kopenhagen. Eine auffallende Häufung der Fälle in Kopenhagen im Jahre 1922 nach der kombinierten Behandlung. N. ist geneigt, die Schuld hieran auf Unzulänglichkeiten des Salvarsanpräparates zurückzuführen.

Über präventive Salvarsanbehandlung gegen Syphilis, von K. Hedén-Stockholm. Bei einem kleinen Beobachtungsmaterial von 20 Fällen konstatierte H. Ausbleiben der Syphilis nach prophylaktischer Behandlung; demgegenüber stellt er Beobachtungen an 36 Fällen von Primärsyphilis ohne prophylaktische Behandlung, von denen 6 auch von weiteren Erscheinungen verschont blieben.

Über Lupus pernio und die Sarkoide vom ätiologischen Standpunkte aus, von J. Schaumann-Stockholm. Verf. bringt ausführlichen Bericht über einen an Lungentuberkulose zugrunde gegangenen Fall und betont die tuberkulöse Ätiologie auch der Boeckschen Sarkoide.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

April 1923, Nr. 4.

Beitrag zum Studium der Pilzerkrankungen auf Madagaskar (Contribution a l'étude des Mycoses de Madagascar), von M. Fontoynont und H. Boucher. S. 209 bis 235, I. Teil. Verff. berichten über neu entdeckte Pilzarten, die sie bei den mit zahlreichen Geschwüren behafteten Eingeborenen sowie Tieren Madagaskars feststellen konnten. Außer je einem Fall von Sporotrichum Beurmanni und Sporotrichum Gougeroti werden ausführlich 3 Fälle von Cryptococcus mena in ihrem biologischen, mikroskopischen, kulturellen und serologischem Verhalten beschrieben, sowie betreffs der Tierpassage. Die Bezeichnung mena will besagen, daß in den Kulturen diese Pilze eine schöne rote Färbung zeigen. Therapeutisch war im Gegensatz zum Jodkali, das bei der Sporotrichose

Digitized by Google

eine spezifische Wirkung hat, Methylenblau, innerlich und äußerlich angewandt, das Heilmittel. 3. Abb. Forts. folgt.

Zum Gebrauch der Pasten in der Dermatologie (A propos de l'emploi des pâtes en dermatologie), von VEYRIÈRES. S. 236—238. Verf. hat die Frage der Porosität und Permeabilität der Pasten mittels Farblösungen nachgeprüft und gefunden, daß den Pasten obige Eigenschaften zu Unrecht beigelegt worden sind. Er regt Nachprüfungen seiner Ergebnisse an.

Onychogryphose (Onychogryphosis), von J. A. PIRES DE LIMA-Porto (Portugal). S. 239—242. Kasuistischer Beitrag. Bemerkenswert war die Vergesellschaftung mit Hallux valgus. 2 Abb.

Die Abortivbehandlung der Syphilis (Le traitement abortif de la syphilis), von C. TATARU. S. 243—255. Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der Abortivbehandlung der Syphilis. Er hat in 24 primären, seronegativen Fällen 100% Heilung erzielt; darunter waren 2 Fälle von Reinfektion. Unter 5 primären seropositiven waren 3 geheilte Fälle, während bei 2 serologisch ein Rezidiv auftrat. Verf. legt auf sorgfältige Auswahl der Fälle Gewicht. Er behandelt abortiv nur die Fälle, bei denen die Infektion nicht über 20 Tage zurückliegt, die Drüsenschwellung gering ist und die Seroreaktion konstant negativ bleibt.

Negativer Behandlungsversuch der Hühnerspirillose mit Urotropin (Essai négatif de traitement de la spirillose des poules par l'urotropine), von POMARET. S. 256 bis 257. Experimentelle Arbeiten an mit Hühnerspirillose geimpften Hühnern ergaben völlige Wirkungslosigkeit des Urotropins, während nach Salvarsangaben die Spirillose schnell schwand.

Mai 1923, Nr. 5.

Die Einwände gegen den Begriff Lichenifikation (Les objections à la conception des Lichénifications), von L. BROCQ. S. 273—312. Die Arbeit enthält im wesentlichen eine ausführliche Widerlegung der von Prof. DIND-Lausanne in seiner 1920, Annal. d. Derm. et de Syphil., S. 283, erschienenen Arbeit „Essai sur les lichens, la lichénification (névrodermites usw.)" vertretenen Anschauungen über den Begriff Lichenifikation und schließt hieran seine Kritik und seine Gegengründe, die bekannt sind. Ein Referat dieser Arbeit erübrigt sich, da sie nichts Neues enthält.

Untersuchungen über die Diffusion des Fluoreszinnatrium in die Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit bei Syphilitikern (Recherches sur la diffusion de l'Uranine dans le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques), von O. JERSILD-Kopenhagen. S. 313—317. In der vorläufigen Arbeit berichtet Verf. über seine Untersuchungen mit Fluoreszinnatrium, die er im Sommer 1921 begonnen hat. Seine Versuche gestalteten sich so, daß die Kranken 3—4 Stunden vor der Lumbalpunktion 5 g Uranin innerlich erhielten. Krankhafte Störungen durch das Mittel wurden nicht beobachtet. Die quantitative Messung geschah mittels Salzlösungen von $^1/_{3000}$—$^1/_{600\,000}$. Als negativ betrachtete er eine Färbung des Liquors entsprechend der Lösung von $^1/_{3000}$ und darunter, als positiv Befunde, die über $^1/_{3000}$ hinausgingen. Das höchste, das er beobachtete, war $^1/_{600\,000}$. 23 Kontrollfälle (negative WR, keine klinischen Symptome für Syphilis), von denen 2 mit Hautkrankheiten, 1 mit spitzen Kondylomen, 2 mit Bubonen, der Rest mit Tripper behaftet waren, ergaben nur in 8,7% ein positives Resultat. Dagegen zeigten 54 = 23,5% von 231 Syphilitikern eine Färbung des Liquors. Dieser war in fast der Hälfte aller Fälle pathologisch verändert. Verf. möchte daraus schließen, daß eine gewisse Beziehung zwischen der Durchlässigkeit der Meningen und ihrem krankhaften Zustand besteht. Seine Vermutung wird noch dadurch bestärkt, daß bei der zweiten Lumbalpunktion ein fast vollständiger Parallelismus (gewöhnlich eine Abnahme) zwischen Intensität der Färbung und pathologischem Liquorbefund besteht. Für die Fälle mit normalem aber gefärbten Liquor sind nach Verf.s Meinung 2 Erklärungen möglich: 1. daß eine physiologische Durchlässigkeit der Hirnhäute besteht, oder 2. daß der syphilitische Prozeß der Meningen geheilt ist und nur noch eine Permeabilität für sie besteht. In den Fällen von Färbung mit gleichzeitigem pathologischem Liquorbefund handelte es sich um veraltete Syphilis. Für das gleichzeitige Vorkommen von pathologischem Liquor und Nichtfärbung hat Verf. die Erklärung, daß bei diesen Fällen eine Embolie im Spiele ist.

Beitrag zum Studium der Pilzerkrankungen auf Madagaskar (Contribution à l'étude des Mycoses de Madagascar), von MAURICE FONTOYNONT und HUMBERT BOUCHER-Tananariva. S. 318—344. II. Teil. Beschreibung zweier Fälle von Cryptococcus Ber-

Digitized by Google

nasconi. Der erste glich im Aussehen einem syphilitischen Schanker und saß an der rechten Wange. Eine begleitende Drüsengeschwulst fehlte. Heilung durch Injektion von Galyl 0,3. Im zweiten Fall bestanden ausgedehnte eitrige Drüsengeschwülste an Hals und Achseln, sowie Hautgeschwüre der prästernalen Gegend. Entwicklung des Krankheitsprozesses seit über einem Jahr. Aus dem Eiter beider Fälle wuchs in 3 Tagen eine weiße rahmartige Kultur auf zuckerhaltigem Nährboden. Mikroskopisch zeigte die Kultur ovoide bis birnenförmige Hefepilze von 4—7 μ Größe mit Vakuolenbildung im Innern. Die Züchtung gelang bei 20—37°. Nach Ansicht der Verff. gleicht der Cryptococcus Bernasconi den Atelosaccharomyces Harteri. Im Experiment war der Cryptococcus Bernasconi tierpathogen, miliare Knötchenbildung auf den Lungen, Mesenterialdrüsenschwellungen, Abszedierung der Impfstelle, starke Abmagerung. Zwei Fälle von Cryptococcus fuscus. Der eine betraf einen 33jähr. Karrenführer, bei dem eine Blastomykose des linken Fußes bestand. Starke Drüsenschwellungen an Schenkel und Leistenbeuge. Unter Behandlung mit Methylenblau innerlich und äußerlich erfolgte bedeutende Besserung. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 18jähr. Mann mit ekthymaartiger Erkrankung der rechten Wade. Auch hier wirkten Methylenblaugaben heilend. Kulturell ergab der Pilz rahmartige, zuerst weiße, später braun gefärbte Kolonien. Mikroskopisch betrachtet hat er eine ovoide Form, ist 6—7 μ groß, die Vakuolenbildung tritt erst am dritten Tage auf. Impfexperimente mit dieser Hefeart führte in jedem Falle den Tod des Versuchstieres herbei, die Sektion ergab uneinheitliche Bilder. Der nächste Fall betraf einen 32jähr. eingeborenen Arzt, bei dem die Pilzerkrankung die Lungen befallen und multiple Abszesse gebildet hatte. Der Kranke erlag seinem Leiden. Aus dem Auswurf wurde das Mycoderma Rabesalama gezüchtet, das auf den verschiedenen Nährböden Kulturen ergab, die an das Bild des Sternenhimmels erinnerten. Sie hatten im Innern eine weiße, hervorspringende Knospe, von der aus weiße kammartige Strahlen abgingen. Verflüssigung des Nährbodens nach einiger Zeit. In Bouillon zuerst Flockenbildung, die sich an der Oberfläche zu einem Schleier verdichteten, aus denen einzelne knopfartige Vorsprünge herausragten. Im mikroskopischen Bilde: 1. polyedrische Zellen, 2. an einem Ende zugespitzte Fäden und 3. wurzelartige Gebilde. Tierimpfungen zeigten den Pilz für diese pathogen. Ein Fall von Acremonium muthuoni, der einen 28jähr. Eingeborenen betraf. Es handelte sich um eine kerionartige Pilzerkrankung im Nacken. Heilung durch Operation. Das mikroskopische Bild zeigt ein Myzel mit endständigen ellipsenartigen Sporen. Die charakteristische Kultur ist die auf Maltoseagar, die zunächst punktförmige weiße Kolonien bildet, die sich später ziegelrot färben. Im Tierexperimente wurde bei einzelnen Tieren tuberkelartige Knötchenbildung in den Lungen erzeugt. Die Tiere starben. Zahlreiche Abbildungen.

Sporotrichosis vegetans und verrucosa der Nase, Tuberculosis verrucosa vortäuschend (Sporotrichose végétante et verruqueuse du nez simulant la tuberculose verruqueuse), von M. Ferrand und H. Rabeau. S. 345—347. Bei einem 42jähr. Koch entwickelte sich aus einem roten Fleck am rechten Nasenflügel innerhalb von 5 Wochen eine warzenartige Geschwulst, die ungefähr die Grenzen des Flügels innehielt. Gleichzeitig waren die Drüsen am rechten Kieferwinkel befallen und bildeten eine apfelgroße Geschwulst. Bakteriologisch: Sporotrichum Beurmanni. Heilung erfolgt nach innerlichem Gebrauch, sowie intravenöser Einspritzung von 10 ccm Lugolscher Lösung (verdünnt). Eine Nachuntersuchung des Falles nach einigen Monaten zeigte normalen Befund. 1 Abbildung.

Juni 1923, Nr. 6.

Über die Frage des Hautpigments (Autour de la question du pigment cutané), von K. Lindberg. I. Teil, S. 353—373. Übersichtsreferat über den gegenwärtigen Stand der Fragen nach Ursprung und Bildung des Hautpigmentes. Sonst nichts Neues.

Die Behandlung der Orientbeule mit Diathermie (Le traitement des Boutons d'Orient par la Diathermie), von Houloussi Behdjet-Konstantinopel. S. 374—380. Die Arbeit ist in vollständiger Übersetzung in Nr. 20 des 76. Bandes d. Derm. W. erschienen.

Ein Fall von perifollikulärem Pseudokolloid-Nävus (miliare Kolloiddegeneration der Haut) (Un cas de Naevus pseudo-colloide périfolliculaire [Dégénérescence colloide miliaire du derme]), von J. Montpellier und A. Lacroix-Alger. S. 381—385. Bei einem 18jähr. Eingeborenen von Algier bestand in der linken Schulterblattgegend ein handflächengroßer Hautausschlag, der sich leicht reibeisenartig anfühlte. Über die Dauer des Bestehens konnte der Kranke nichts aussagen. Die kranke Stelle zeigte

Digitized by Google

scharfe Begrenzung bei unregelmäßiger Gestaltung. Sie war aus hirsekorngroßen Papeln zusammengesetzt, die etwas über das Hautniveau hervorragten, leichte zentrale Eindellung hatten und um die Follikelmündungen saßen. Ihre Färbung war heller als die der übrigen Haut. Zwischen den Follikeln zeigte die Haut Pigmentbildung. Außerdem befanden sich an der Haut des Rumpfes noch einige linsengroße pigmentierte Muttermäler, die ebenfalls leicht hervorragten. Histologisch fand sich im Hauptherd eine erhebliche Verminderung des elastischen Gewebes, sowie Degenerationserscheinungen des Kollagens von kolloidartigem Aussehen und azidophilem Verhalten. Sitz der Degeneration war die Kutis. Die Anhangsgebilde der Haut erschienen normal. Atrophie der Gefäße in der degenerierten Partie. Keine Zellinfiltration. Bemerkenswert an dem Fall ist die Jugend des Kranken, der klinische Verlauf sowie das gleichzeitige Zusammentreffen des Hauptherdes mit Muttermälern, weshalb Verff. der Krankheit den Namen „Naevus pseudocolloide périfolliculaire" beilegten. In einem kurzen Anhang weisen Verff. auf die engen Beziehungen ihres Falles zu den als Naevus elasticus Lewandowsky bezeichneten Erkrankungen hin.

Einfluß des Schnittes und wiederholten Rasierens auf die Entwicklung des Haares (Einführung zum Studium des Haarausfalles) (Influence de la section et du rasage répété sur l'évolution du poil [Indroduction à l'étude de la dépilation]), von H. Bulliard. S. 386—391. Verf. hat durch wiederholte Messungen von Haaren eines bestimmten Bezirkes auf dem Handrücken festgestellt, daß zu unterscheiden ist 1. zwischen der Periode des schnellen und gleichmäßigen Wachstums der Haare und 2. der Periode des Stillstandes oder Gleichgewichtszustandes, wo das Wachstum bis zum Ausfall des Haares verlangsamt ist. Dazu eine Kurve. Das Ersatzhaar hat denselben zyklischen Verlauf. In diesem Verlauf tritt auch durch Schnitt keine Veränderung ein. An Hand von Kurven erläutert Verf. noch diese Feststellung. Daß auch wiederholter Haarschnitt bzw. Rasieren auf das Haarwachstum keinen Einfluß ausüben, konnte Verf. bei einem Fall von fast totaler Alopezie feststellen. Es wurde sieben Monate lang die rechte Kopfhälfte zweimal wöchentlich rasiert. Nach einer Rasur des ganzen Kopfes wurden dann die Haare ihrem natürlichen Wachstum überlassen. Beobachtungen nach einem und nach drei Monaten zeigten, daß zwischen beiden Hälften kein Unterschied bestand weder in der Länge, noch im Kaliber, noch in der Dichtigkeit der Haare. Verf. betont, daß bei der Kranken die üblichen Behandlungsmethoden einschließlich des Hochfrequenzstromes versagt hatten und erst mit der biokinetischen Methode das Haarwachstum sich wieder einstellte. Seine Methode bestand in täglicher Massage sowie Kneten der Kopfhaut sowie in der Darreichung von Ovarial- und Schilddrüsenpräparaten.

F. Quasig-Hamburg.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Juni 1923, Bd. 7, H. 6.

Wismut in der Syphilisbehandlung, Bericht über klinische und experimentelle Untersuchungen (Bismuth in the Treatment of Syphilis, Report of Clinical and Experimental Studies), von J. V. Klauder-Philadelphia. S. 721—744. Verf. stellte Versuche über die spirochätozide Wirkung des Wismut bei Kaninchensyphilis an und vergleicht seine Ergebnisse mit denen der Wismutbehandlung bei 50 Syphilitikern. Es wurde das französische Kalium-Natrium-Wismuttartrat in wässeriger Lösung und in Ölsuspension, sowie Wismuttrioxyd auch in Öl und als Salbe intramuskulär angewandt. Primäre, sekundäre und tertiäre Eruptionen verschwanden nach 0,3—1,5 g Wismut. Stark positive WR bei früher und später Syphilis secundaria wurde erst nach Gaben von 2—3 g und noch mehr negativ. Die wässerige Lösung war bei der Injektion schmerzhafter als die Suspension in Öl. Der Gebrauch einer 50%igen Wismutsalbe bei menschlicher Syphilis ergab eine nur schwache spirochätozide Wirkung. Die Versuche von Sazerac und Levaditi über die spirochätozide Wirkung des Wismut bei der Kaninchensyphilis werden bestätigt. Verf. stellt in bezug auf die spirochätentötende Eigenschaft Wismut etwa in die Mitte von Arsphenamin und Hg; er empfiehlt es besonders für die Fälle, wo Arsphenamin kontraindiziert bzw. schlecht vertragen wird.

Wismut in der Syphilisbehandlung (Bismuth in the Treatment of Syphilis), von J. G. Hopkins-New York. S. 745—762. Verf. hat bei der Kaninchensyphilis Ver-

Digitized by Google

suche über spirochätozide Kraft und heilende Eigenschaften des Kalium-Natrium-Wismuttartrat angestellt und kommt dabei zu dem Schluß, daß die einzelne Wismutinjektion etwa ebenso wirksam ist wie die des Neoarsphenamin, jedoch wirkungsvoller als die des Hg salicylic. Verf. sieht im Wismut ein neues, kräftiges Antisyphilitikum; es soll die lang erprobten Heilmittel nicht ersetzen. Der alleinige Gebrauch von Wismut bei der Syphilisbehandlung ist nur dann zu rechtfertigen, wenn es darauf ankommt, seinen therapeutischen Wert zu studieren. Verf. empfiehlt weiteres Arbeiten auf diesem Gebiet und hofft auf noch bessere Resultate bei Kombination von Wismut mit Arsphenamin und Hg.

Lichen nitidus, von H. E. Michelson-Minneapolis. S. 763—772. Bericht eines typischen Falles bei einem Studenten auf der Haut der Handgelenke und auf den Backen; dabei keinerlei Anzeichen von Tuberkulose.

Beobachtungen über Dermatomykosen in Porto Rico (Observations on Dermatomycosis in Porto Rico), von A. L. Carrion-San Juan, Porto Rico. S. 773—777. Bericht über 3 Fälle von Dermatomykosen, die sich auszeichneten durch ihre Generalisierung über große Körperstrecken und durch einen unerträglichen Juckreiz. Die einzelnen Herde bestanden aus hyperämischen, scharf begrenzten Flecken mit papulo-vesikulösem Rand und Abheilung im Zentrum.

Biologische Reaktionen des Arsphenamin. V. Seine Reaktionen mit Plasmaproteinen und gewissen hydrophilen Kolloiden und die Beziehung dieser Vorgänge zu dem Schutzphänomen (Biologic Reactions of Arsphenamin. V. Its Reactions with Plasma Proteins and Certain Hydrophilic Colloids and the Relation of these Processes to the Phenomenon of Protection), von J. Oliver und L. Douglas-San Francisco. S. 778—799. Verf. ziehen folgende Schlüsse. Die Plasmaproteine, besonders die Globuline, bilden mit dem Arsphenamin in vitro wie in vivo Verbindungen. Der Gehalt dieser an Arsphenamin wechselt je nach der Wasserstoffionenkonzentration. Bei physiologischen Verhältnissen der Wasserstoffionenkonzentration werden nur Spuren von anorganischen Arsen gebunden. Andere hydrophile Kolloide, wie Gummiarabikum und Eieralbumin reagieren ähnlich mit Arsphenamin und anorganischem Arsen. Der durch die hydrophilen Kolloide hervorgerufene Schutz gegen die Agglutination der roten Blutkörperchen mit dem Arsphenamin wird erreicht durch eine Verbindung jener mit dem Arsphenamin. Diese physiologische Schutzwirkung tritt ein bei der Einverleibung des Arsphenamins. Der Wechsel der koagulierenden Eigenschaften der Plasmaproteine nach der Arsphenamininjektion läßt sich erklären durch die Annahme, daß die Verbindung mit dem Arsphenamin bei gewisser Wasserstoffionenkonzentration auflösbar ist.

Bemerkung zur Prophylaxe der Syphilis nach den Schriften von Daniel Turner, Ehrendoktor der Yale-Universität 1723 (A Note on the Prophylaxis of Syphilis from the Writings of Daniel Turner, M. D. [Honorary] Yale, 1723), von J. E. Lane-New Haven, Conn. S. 800—804. Verf. weist auf Grund seiner historischen Studien darauf hin, daß der erste Doktor der Medizin der Yale-Universität identisch ist mit dem berühmten Dermatologen und Beschreiber der Syphilis Dirty Old Daniel of Wadd. In Turners Werken wird in bezug auf die Prophylaxe der Syphilis zum ersten Male der Kondom erwähnt.

Die intravenöse Traubenzuckereinspritzung in der Behandlung von Dermatosen (Intravenous Injection of Glucose in the Treatment of Dermatologic Conditions), von J. L. Carrera-Buenos Aires. S. 805. Verf. berichtet über seine Ergebnisse mit der Scholtzschen Traubenzuckerbehandlung. Es wurde 59%ige Traubenzuckerlösung aller 3—4 Tage intravenös 16—30 ccm gegeben. Gute Erfolge bei Pruritus universalis, sowie vulvae und ani. Ebenso wie Covisa und Bejaromo empfiehlt Verf. diese Therapie bei Unterschenkelödemen auf variköser Grundlage.

Bromexanthem infolge plazentarer Übertragung (Bromin Eruption by Placental Transmission), von J. P. Castello-St. Louis. S. 806. Es wird ein einzig in der Literatur dastehender Fall berichtet. Eine eklamptische Schwangere erhält hohe Dosen Brom. 3 Tage nach der Geburt trat bei dem Kind an den Armen, Beinen und am Unterleib ein akneiformes, papulo-pustulöses Bromoderma auf. 2 Wochen später verschwand der Ausschlag und hat sich nicht wieder gezeigt.

1923, Bd. 8, H. 1.

Biologische Reaktionen des Arsphenamins. VI. Die Verminderung seiner Giftigkeit durch Verbindung mit hydrophilen Kolloiden (Biologic Reactions of Arsphenamin. VI. The Reduction of its Toxicity by Combination with Hydrophil Colloids),

Digitized by Google

von J. Oliver, S. S. Yamada und F. Kolos-San Francisco. S. 1—18. Bericht über Tierversuche. Von den angewandten hydrophilen Kolloiden vermindert die Gelatine am meisten die Toxizität des Arsphenamins. Die chemische Toxizität wird bis auf $^3/_5$ reduziert.

Xanthom und Hypercholesterinämie (Xanthoma and Hypercholesterinemia), von W. H. Mook und R. S. Weiss-St. Louis. S. 19—30. Mitteilung von 3 Fällen von Xanthoma diabeticorum und 3 Fällen von Xanthoma tuberosum. Der Cholesteringehalt des Blutes war deutlich vergrößert bei 1 Fall von diabetischem und bei 2 Fällen von tuberösem Xanthom, nur wenig vergrößert bei 1 Fall von Xanthoma tuberosum mit allgemeiner Arteriosklerose und Myxödem.

Multiple Onychie als ein Zeichen der Herdinfektion, experimentelle Erzeugung von Onychie bei Kaninchen (Multiple Onychia as a Manifestation of Focal Infection, Experimental Production of Onychia in Rabbits), von R. L. Haden und W. H. Jordan-Kansas City, Mo. S. 31—36. Bericht über 2 Fälle. Bei Kaninchen wurde Onychie erzeugt durch intravenöse Injektion von Streptokokken, die aus den infektiösen Zähnen der 2 Patienten isoliert wurden. Wahrscheinlich waren die Mikroorganismen die Ursache der Infektion; sie waren imstande, eine spezifische Lokalisation zu veranlassen.

Über die Möglichkeit der Verwechslung von elastischen Fasern und Myzelfäden bei der Untersuchung von abgekratzten Hautstücken (Elastic Fissue Simulating Mycelial Filaments in Skin Skrapings), von J. R. Pels und S. Bayne-Jones-Baltimore. S. 37—43. Bei einem Fall von fungösem Granulom am Bein und bei einem anderen von tief ulzeriertem Granulom fand sich im frischen Ausstrichpräparat elastisches Gewebe, das bei oberflächlicher Untersuchung als Myzelfäden imponierte.

Tuberkulöse Paronychie (Tuberculous Paronychia), von J. H. Stokes-Rochester, Minn. S. 44—47. Eine 25jähr. Patientin hatte vor 3 Jahren ein Erythema nodosum an den Unterschenkeln. Vor 11 Monaten trat eine Wunde am rechten Daumen und bald darauf an der Unterlippe auf. Gleiche uncharakteristische Wunden traten später an drei Fingern mit einer Paronychie auf. Auf Grund des histologischen Präparates wurde Tuberkulose diagnostiziert. Pirquet positiv. Einige Monate später erfolgte der Exitus an Lungen- und Darmtuberkulose.

Ein seltener Fall von rezidivierendem Herpes (A Rare Case of Recurrent Herpes), von H. G. Rowell-New Bredford, Mass. S. 48—49. Ein 12jähriger Knabe bekam plötzlich einen Herpes an der rechten unteren Kinngegend; die gleiche Affektion soll bereits 6 Jahre vorher einmal aufgetreten sein. Als Ursache soll vielleicht das Scheuern eines Flanellhemdkragens an dieser Stelle in Frage kommen.

Über die Ausflockungsreaktionen bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Reaktionen nach Meinicke, Sachs-Georgi, Kahn und Vernes (A Study of Serum Flocculation Reactions in Syphilis with Special Reference to the Meinicke, Sachs-Georgi, Kahn and Vernes Reactions), von M. M. Strumia-Philadelphia. S. 50 bis 62. Verf. fand bei seinen Untersuchungen mit den Ausflockungsreaktionen in 82 bis 90% Übereinstimmung mit der WR. Im übrigen bekannte Tatsachen.

Die Wassermannsche Reaktion bei Lepra mit besonderer Berücksichtigung der neuen Technik der Komplementbindung (The Wassermann Reaction in Leprosy with Special Reference to the new Complement-Fixation Technic), von J. A. Kolmer und O. E. Denney-Philadelphia. S. 63—72. Bei 159 Leprafällen wurde bei 17% Lues klinisch oder serologisch festgestellt. Beim Gebrauch alkoholischer, mit Cholesterin gesättigter Gewebsextrakte erhält man bei einigen Leprafällen fälschlich positive Reaktionen. Um solche Ergebnisse auszuschalten, empfehlen Verf. eine neue Vervollkommnung der Technik und wenden ein neues Antigen an, das völlig frei von antikomplementärer Wirkung ist.

Lichen planus an der Glans penis (Lichen planus of the Glans Penis), von D. W. Montgomery und G. D. Culver-San Francisco. S. 73—76. Von 114 Fällen von Lichen planus fanden sich in 18% Herde an der Glans. Verf. weisen auf die Bedeutung der Verwechslung mit Syphilis hin. Enthält sonst nur bekannte Tatsachen.

Lackdermatitis oder Dermatosis industrialis (papulovesikulöse Form) (Lacquer Dermatitis or Dermatosis Industrialis [Papulovesicular Lacquer]), von J. T. Wayson-Honolulu, H. J. S. 77—78. Verf. erwähnt im Anschluß an die Veröffentlichungen von Pusey und Lane, daß in einer der größten Bananenkonservenfabrik Hawaiis diese papulovesikulösen Lackdermatitisformen sehr häufig als gewerbliche Erkrankung vorkommen. Als wirksamen Schutz tragen die Arbeiter Handschuhe und benutzen außerdem eine indifferente Salbeneinreibung der Hände.

Digitized by Google

Behandlung mit Sonnenlicht bei Psoriasis (Heliotherapie in Psoriasis), von H. E. Alderson-San Francisco. S. 79—80. Enthält bekannte Tatsachen.

Über Pilzkulturen (Report on Cultures of Parasitic Fungi), von A. M. Greenwood-Boston. S. 81—82. In Boston und Umgebung fand Verf. in 93,1% der Fälle von Epidermophytie Trichophytiepilze und in 6,9% den Epidermophytonpilz. Unter den Trichophytonpilzen wurde in 21,9% Trichophyton inguinale festgestellt. Bei den Mikrosporien kam bei 67,5% Microsporon lanosum vor. Microsporon Audouini wurde nur bei einem isolierten Fall gefunden, sonst nur bei einer Epidemie.

Nachruf auf James Winfield. S. 83—84. U. Greif-Leipzig.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Juni 1923.

Chronische Urtikaria und angioneurotisches Ödem infolge von bakterieller Sensibilisation (Chronic Urticaria and Angeio-Neurotic Oedema Due to Bacterial Sensitisation), von H. W. Barber. S. 209—218. B. hat die Erfahrung gemacht, daß bei den meisten Erwachsenen, bei welchen chronische oder rezidivierende Urtikaria mit oder ohne angioneurotischen Symptomen zum ersten Male auftritt, eine Art Empfindlichkeit gegen bakterielle (eher als gegen Nahrungs-) Proteine die Ursache ist. Asthma, Urtikaria und angioneurotisches Ödem und gewisse Formen von Ekzema können als die sichtbaren Zeichen einer Überempfindlichkeit angesehen werden, und in ihrer Ursache ist ererbte Veranlagung zweifellos oft ein wichtiger Faktor, ebenso eine spezielle Unstätigkeit oder Übererregbarkeit des Nervensystems, welche klinisch leicht zu erkennen, aber nicht genau zu definieren ist. B. führt einzelne Fälle an, welche die Bedeutung der primären Infektionsquellen für später auftretende chronische Urtikaria und anderes mehr trefflich illustrieren. Ganz besonders charakteristisch war ein Fall bei einer 35jähr. Frau, wo Halsschmerzen und eine chronische erythematös-urtikarielle Eruption verbunden mit akutem Rheumatismus vorhanden waren: trotz Enuklation der Tonsillen bestand noch eine leichte Form von Urtikaria fort; sekundäre Herde in den Lymphdrüsen, wahrscheinlich in jenen der Bauchhöhle spielen wahrscheinlich eine Rolle bei Fortdauer der Infektionserscheinungen, wenn die primären Herde, wie Tonsillen und kranke Zähne, entfernt sind. Der infizierende Organismus in allen diesen Fällen war mit Wahrscheinlichkeit ein Streptococcus longus; aber es muß daran erinnert werden, daß Bac. coli Infektionen, z. B. Pyelitis und Cholezystitis, auch Urtikaria hervorrufen können, ebenso wie Staphylococcus aureus, wofür als Beweis ein Fall von häufig rezidivierenden Furunkeln mit stets daran anschließender Urtikaria angeführt wird.

Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen (Adult Urticaria Pigmentosa), von H. G. Adamson. Nach Anführung von fünf Fällen, die sowohl männliche wie weibliche Pat. betrafen, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Affektion beginnt im reiferen Alter beiderlei Geschlechts und kann viele Jahre anhalten (10—19 Jahre). Sie besteht aus kleinen sommersprossenähnlichen Flecken, mehr weniger ausgebreitet über Rumpf und Beinen, aber nicht an Händen, Füßen oder im Gesicht. Auf Reiben hin werden die Flecken rot und leicht erhaben. Juckgefühl ist häufig nur in geringem Grade vorhanden, ebenso Urtikaria ist wenig ausgeprägt, so daß nicht selten die Affektion für sekundäre Syphilis gehalten wird. In keinem Falle wurden große Flecken oder Knoten beobachtet, wie sie so charakteristisch für Urticaria pigmentosa der Kinder sind. Von dem Befund an Mastzellen in reichlicher Menge dürfte es abhängen, ob überhaupt beide Formen (bei den Erwachsenen und bei den Kindern) als die gleiche Art Krankheit anzusehen sind; möglicherweise hängt die Anwesenheit von Mastzellen mit dem Grade der Urtikariaeruption zusammen.

Ein Bericht über „idiopathische" Elephantiasis nostras der Unterschenkel und deren Beziehung zu Trophödema und Milroys Krankheit (A Note on „Idiopathic" Elephantiasis Nostras of Lower Limbs and Its Relation to Trophoedema and Milroys Disease), von F. Parkes Weber. Im Anschluß an zwei selbst beobachtete Fälle, einen 64jähr. Mann und eine 57jähr. Frau betreffend — bei beiden hat sich das Leiden im Verlaufe von 17 Jahren allmählich entwickelt — kommt W. zu dem Ergebnis, daß diese Fälle auf eine allmähliche Hyperplasie der gewöhnlichen weißen Bindegewebselemente im subkutanen Gewebe der affizierten Teile zurückzuführen sind, die

Digitized by Google

am Anfang mit mehr oder weniger wahrem subkutanen Ödem verbunden ist. In diesen Fällen scheint es sich um einen gewissen Mangel in der Hautelastizität mit absolutem oder relativem Fehlen oder degenerativer Veränderung in den elastischen Elementen zu handeln, so daß Haut und subkutanes Gewebe eine Art Lockerung — nicht elastische Art von Dermatolysis — erfahren. Dieser Zustand der Dermatolysis ist oft verbunden mit der Anwesenheit von ausgesprochenen Fibromata mollusca. Der erste der hier beschriebenen Fälle, bei welchem beide Unterextremitäten befallen waren, erinnert an Fälle von sogenanntem „Trophödema" und „idiopathischem Ödema", das zuweilen kongenital und zuweilen familiär, allmählich zu permanenter Verdickung und eine Art von „Elephantiasis nostras" der Extremitäten führt. Familiäre Fälle wurden unter der Bezeichnung „Milroys Krankheit" und früher von Nonne als „Elephantiasis congenita hereditaria" beschrieben. Bei vergleichender Betrachtung des ersten Falles mit den Illustrationen in späten Fällen von Milroys Krankheit glaubt W. eine gewisse Ähnlichkeit feststellen zu können, aber die Bindegewebswucherung und Hautlockerung (um die Knöchel herum) scheint im allgemeinen bei letzterer Art (und Trophödema) weniger ausgesprochen zu sein. M. Stern-München.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 17. Mai 1923.

Arnault Tzanck: **Das Zeichen der positiven Zacke bei der Behandlung der seronegativen Syphilis** (Le „signe du crochet" positif dans le traitement des syphilis préhumorales). Bei zunächst seronegativer, frühzeitig behandelter Syphilis kann man, wenn die WR regelmäßig zweimal wöchentlich ausgeführt wird, um den 20. Tag des Schankers herum eine vorübergehende positive Zacke beobachten. Diese gestattet, die verschiedenen Medikamente und die verschiedenen Wege der Einführung miteinander zu vergleichen und daraus Schlüsse auf die Wirksamkeit zu ziehen. Sie scheint für die Wismutpräparate die Regel zu sein, während sie bei intensiver intravenöser Salvarsanbehandlung gewöhnlich ausbleibt.

Lereddе bemerkt zu dem als Irrtum erkannten „loi des Trois-Huit", daß es zur Feststellung der Heilung der Syphilis nicht genügt, daß die WR acht Monate lang negativ bleibt, sondern daß auch die Lumbalflüssigkeit während derselben Zeit normal bleiben muß.

Lévy-Franckel bringt im Anschluß an die Mitteilung von Gougerot in der vorigen Sitzung über das Auftreten kontagiöser Erscheinungen nach mehrere Jahre lang negativer WR eine Beobachtung, bei der nach ausgiebiger Behandlung mehrfach negativer WR und normalem Lumbalpunktat mehrere Jahre später positive WR und Erscheinung einer spezifischen Erkrankung des inneren Ohres auftraten.

Rabut, Cailliau und Richon: **Livedo der Extremitäten mit Neigung zu Atrophie (vielleicht Beziehungen zur Poikilodermie)** (Livedo des membres, à tendance atrophique [rapports possibles avec la poikilodermie]). Die Hautaffektion ergriff der Reihe nach die Beine, Schenkel, Unter- und Oberarme unter der Form einer netzartigen Asphyxie, die zeitweise schwand, schließlich in erythematös-pigmentierte Flecken überging, die dann schuppten und atrophisch wurden. An den älteren Stellen traten zeitweise während Perioden bis zu 14 Tagen pseudo-inflammatorische Erscheinungen auf, verbunden mit kleinen Krusten, nach deren Abfallen lentikuläre, spontan vernarbende Ulzerationen zurückblieben. Abgesehen von der bestimmten Diagnose (in Frage kommen netzartige oder plaqueförmige Teleangiektasien, multiple retikuläre Asphyxie, idiopathische Atrophien, Poikilodermia atrophicans reticularis) handelt es sich jedenfalls um eine dystrophische Läsion, wahrscheinlich in Beziehung zu endokrinen Störungen und möglicherweise auf kongenital spezifischer Grundlage.

G. Milian: **Ein Fall von rezidivierendem Herpes am Gesäß. Seine infektiöse Natur** (Un cas d'herpès récidivant de la fesse. Sa nature infectieuse). Zur Feststellung der infektiösen Natur des rezidivierenden Herpes sind Eruptionen an den Genitalien nicht geeignet, weil diese häufig der Kontagion ausgesetzt sind und der Herpes genitalis gewöhnlich infektiöser Natur ist. Im vorliegenden Fall bestand ein seit sechs Jahren an der rechten Gesäßbacke in Pausen von zwei bis drei Monaten rezidivierender Herpes. Eine am vierten Tage des Bestehens der Eruption mit dem Serum ausgeführte Impfung der Kaninchenkornea bewirkte eine Keratitis, gefolgt von einer Enzephalitis. Die infek-

Digitized by Google

tiöse Natur ist danach unbestreitbar. Es scheint, daß die experimentelle Keratitis beim rezidivierenden Herpes eine weniger akute Entwicklung hat als beim gewöhnlichen Herpes. Das Virus des Herpes zeigt ein bemerkenswertes Beispiel des latenten Mikrobismus. Bei den Herpeseruptionen im Verlaufe therapeutischer Maßnahmen handelt es sich nicht um eine medikamentöse Intoleranz, sondern um einen als chemischen Biotropismus zu bezeichnenden Zustand. Die Tatsache, daß die Rezidive des Herpes nicht genau an der vorher befallenen Stelle, sondern in der Umgebung auftreten, spricht für eine, wenigstens eine Zeitlang bestehende lokale regionäre Immunität. Erworbene oder kongenitale Syphilis ist gewöhnlich als prädisponierende Ursache nachzuweisen. Zahlreiche Fälle von rezidivierendem Herpes sind von verschiedenartigen Nervenerscheinungen begleitet, die als sekundär zu betrachten sind.

Lortat-Jacob und Solente: **Papulöse hämorrhagische Eruption mit Entwicklung zu Knötchen und Keratodermie im Verlaufe einer Tripperinfektion** (Eruption papuleuse hémorrhagique à évolution nodulaire kératodermique au cours d'une infection gonococcique). Im Verlaufe eines Trippers traten mit Konjunktivitis und Hydarthros Hauterscheinungen auf, und zwar zunächst purpuraartige Effloreszenzen, die bei der Palpation papulös erschienen. Unter Schwinden der hämorrhagischen Färbung wandelten sie sich allmählich in Hornkegel um und verbreiteten sich weiter am Körper; an der Glans erschienen sie von vornherein hornartig und saßen an der Stelle voraufgehender Balanitiserosionen.

H. Gougerot und P. Fernet: **Flächenhafte sklerodermiforme Sarkoide der unteren Extremitäten** (Sarcoides en nappe sclérodermiformes des membres inférieurs). Beginn mit indurierten Plaques, die sich vergrößerten und zu umfangreichen brettharten Indurationen von bläulich-roter Farbe führten. Die Grenzen sind scharf ausgeprägt, durch Konfluenz rundlicher Knötchen polyzyklisch; die Indurationen sind auf der Unterlage verschieblich. Die Sarkoide sind bazillärer Natur; ähnliche Fälle, die auf antisyphilitische Behandlung heilen, sind keine Sarkoide, sondern diagnostische Irrtümer.

H. Gougerot und P. Fernet: **Syphilisreinfektion nach Wismutbehandlung** (Réinfection syphilitique après un traitement bismuthique). Syphilis mit Sekundärerscheinungen, mit zwölf Einspritzungen von zusammen 3,0 Trepol behandelt; vier Wochen danach WR noch schwach positiv, 0,2 Trepol. Nach acht Monaten Primäraffekt an einer anderen Stelle als die erstmaligen, Spir. pall. ++, WR negativ. Mehrfacher verdächtiger Koitus. Die WR wird nach einer Salvarsaneinspritzung positiv.

Halbron, Barthélemy und Brizard: **Zwei Fälle von Psoriasis mit Auftreten psoriasiformer Eruptionen an mit Jodtinktur gepinselten Stellen** (Deux cas de psoriasis, avec éruption psoriasiforme apparue au niveau de régions badigeonnées à la teinture d'iode). Die Haut lange an Psoriasis leidender Personen scheint unter gewissen intermittierenden, schlecht zu definierenden Bedingungen eine Art Erkrankungsbereitschaft zur Psoriasis zu besitzen, die zu der spezifischen Hautreaktion führt, ebenso wie bei einem Ekzematiker zu einem Ekzemausbruch.

Louste, Thibaut und G. Barbier: **Porokeratosis Mibelli.** Der Fall betrifft einen Italiener, von dessen zahlreichen Geschwistern ein Bruder sicher an derselben Krankheit leidet. Histologisch besteht beträchtliche Hyperkeratose mit Parakeratose, begleitet von darunterliegender Entzündung der Kutis. Klinisch zeigen sich die typischen Effloreszenzen; als Besonderheit wird auf die außerordentlich starke Hyperkeratose einer am Fuße befindlichen Läsion hingewiesen. Es besteht ferner Hyperidrosis.

Hudelo, Richon und Cailliau: **Multiple tuberkulöse Läsionen an der Haut und den inneren Organen** (Lésions tuberculeuses multiples, cutanées et viscérales). Bei einem Manne von 47 Jahren seit zwei Jahren sich über den Körper verbreitende, zunächst oberflächliche, sklerosierende, etwas atrophische Plaques, später mehr gummöse, ulzerierende. Keine Erscheinungen an den Schleimhäuten. Multiple Drüsenschwellungen. Schwellung des linken Hodens und Nebenhodens mit Erweichungsherden, Schwellungen im rechten Nebenhoden, rechten Prostatalappen und der gleichseitigen Samenblase. Rechtsseitige Spitzenaffektion. Abmagerung, Fieber. Antisyphilitische Behandlung ohne wesentlichen Erfolg. Histologische Untersuchung ergibt überall tuberkulöse Veränderungen verschiedener Typen mit zahlreichen Tuberkelbazillen. Die zuerst rein kutane Affektion ist erst später auf die inneren Organe übergegangen.

B. Ballet und M. Rubinstein Val-de-Grace: **Serodiagnostik der Syphilis** (Sérodiagnostic de la syphilis). Bericht über in einem Zeitraume von fünf Monaten ausgeführte vergleichende klinische und serologische Beobachtungen mit den Methoden von

Digitized by Google

Jacobsthal, Wassermann und Hecht. Die Verbindung der drei Methoden, von denen die von Jacobsthal sich von der Original-WR nur dadurch unterscheidet, daß der erste Teil der Reaktion nicht im Brutschrank, sondern im Eisschrank vor sich geht, erscheint erforderlich. Die Jacobsthalsche Reaktion ist absolut spezifisch; sie ist empfindlicher als die typische WR, bleibt länger als diese bestehen, schwindet aber schließlich unter der Behandlung. Die Verbindung der drei Methoden gestattet eine sichere ätiologische Diagnose zu stellen, die serologische Kurve zwecks Durchführung der Behandlung besser auszugestalten, in einer großen Zahl von Fällen die Spezifität der Hechtschen Reaktion serologisch zu verfeinern.

Ed. Retterer: **Epithelialer Ursprung der Hautpapillen** (Origine épithéliale des papilles cutanées). Untersuchungen an den Lippen von Mensch und Pferd mit dem Ergebnis, daß die Papillen aus der Umwandlung der Epithelzellen in retikuläres Bindegewebe entstehen.

J. Nicolas, J. Gaté und F. Lebeuf: **Lichenoider Ausschlag nach Wismut bei einer Kranken mit voraufgegangenem skarlatiniformen Erythem nach Salvarsan** (Eruption lichénoide d'origine bismuthique chez une malade ayant présenté antérieurement un érythème scarlatiniforme post-arsénobenzolique). Die nach Sitz und Charakter einem Lichen scrofulosorum ähnelnde Eruption war nach zwei Trepoleinspritzungen aufgetreten, die unmittelbar nach dem innerhalb drei Tagen geschwundenen Salvarsanausschlag verabfolgt waren. Es ist der erste Fall eines lichenoiden Wismutexanthems und ein weiteres Beispiel für Überempfindlichkeit derselben Pat. gegenüber verschiedenen Medikamenten.

Chatellier, Mahoux und Valdigué: **Azetylarsan bei der Behandlung der Syphilis** (L'Acétylarsan dans le traitement de la syphilis). Azetylarsan ist ein 20% Arsen enthaltendes Oxy-azetyl-amino-phenyl-arsensaures Diaethylamin, das in intramuskulären Einspritzungen angewendet und ohne Beschwerden vertragen wurde. Die Wirksamkeit ist der anderer bekannter Asverbindungen mindestens gleichwertig, vielleicht überlegen. Die Nebenwirkungen sind gering; die geringe Toxizität gestattet die Anwendung massiver Dosen. Die Ausscheidung erfolgt schnell und reichlich; Akkumulation ist nicht zu befürchten, ebensowenig infolge der Festigkeit seiner chemischen Zusammensetzung (kristallisiertes Salz) die bedenklichen Veränderungen des Salvarsans.

Louis Bory: **Ein Fall von Intoxikation mit Stovarsol im Verlaufe einer prophylaktischen Syphilisbehandlung** (Un cas d'intoxication par le Stovarsol au cours d'un traitement préventif de la syphilis). Das Stovarsol genannte Azetylderivat der Oxyaminophenylarsensäure wird als Prophylaktikum empfohlen, wozu es durch die bequeme Anwendungsweise (stomachal) sehr geeignet erscheint. Der beschriebene Fall zeigt jedoch, daß bei der Anwendung Vorsicht erforderlich ist. Eine Frau, deren Ehemann mit einem frischen Primäraffekt noch tags zuvor mit ihr verkehrt hatte, erhielt 3 Tage lang morgens 3 Tabletten zu 0,25; nach einer Pause von 8 Tagen trat nach derselben Dosis ein schwerer Krankheitszustand mit Koliken, Erbrechen, Durchfällen, Lungenkongestion auf, Puls beschleunigt, schwach, Fieber; am nächsten Tage Ödeme an beiden Beinen mit dunkelrot gefärbter Haut. Die Erscheinungen gingen in wenigen Tagen vorüber. Dann präventive Wismutbehandlung. Klinische oder serologische Erscheinungen von Syphilis sind innerhalb von 7 Monaten nicht aufgetreten.

Louis Bory: **Über einen im Gefolge eines Moskitostiches aufgetretenen zoniformen Lichen planus** (A propos d'un lichen plan zoniforme consécutif à une piqûre de moustique). Stich oberhalb des Handgelenkes; die Stelle schwindet nicht, vergrößert sich, juckt, zeitweise etwas gebessert, um dann wieder stärker zu werden. Ein Jahr später ähnlicher Fleck am Vorderarm gegen den hinteren Rand des Olekranons zu und nach einigen Tagen in der Verbindungslinie der beiden Effloreszenzen Lichen-planus-Papeln. Im Verlauf von einigen Monaten traten weitere Eruptionen an verschiedenen Stellen, gleichfalls strichförmig, auf. Die Anordnung könnte auf einen nervösen Ursprung schließen lassen, doch liegt nach der Entstehung der Gedanke näher, daß durch den Stich ein Virus inokuliert wurde, das zunächst latent blieb und sich dann in einem Lymphgefäß weiter verbreitete, wodurch auch das strichförmige Auftreten erklärt werden kann.

L. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 15. Februar 1923.

A. Winfried Williams: **Fall zur Diagnose.** 13jähr. Junge. Beginn mit varizellenähnlicher Eruption, deren Blasen rote Maculae oder Papeln bedeckten, im weiteren Verlaufe geringe Drüsenschwellungen. Es besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit einem sekundären Syphilid; vielleicht handelt es sich um eine in letzter Zeit mehrmals beobachtete, bisher noch unbekannte Erkrankung.

E. G. Graham Little: **Urticaria pigmentosa bei einem Erwachsenen** (Urticaria Pigmentosa in an Adult). 20jähr. Mädchen, seit 2 Jahren erkrankt.

Haldin Davis: **Psoriasis von anormaler Erscheinungsform** (Psoriasis of Anomalous Type). Im Anschluß an eine Verletzung an einer Zehe entwickelte sich eine schuppende Plaque, daran schlossen sich Veränderungen an den angrenzenden Nägeln der Reihe nach und an den Fingernägeln. Auch am Kopfe finden sich einige Plaques. Die Diagnose wird in der Besprechung bezweifelt.

J. M. H. Mac Leod: **Fall von Urticaria pigmentosa** (Case of Urticaria Pigmentosa). Ätiologisch scheint es sich weniger um einen urtikariellen als um einen nävoiden Zustand zu handeln, vielleicht um Überempfindlichkeit gegen artfremdes Protein.

J. A. Drake: **Fall von Urticaria pigmentosa** (Case of Urticaria pigmentosa). Zustand starker Reizbarkeit der Effloreszenzen.

J. L. Bunch: **Fall von Boeckschem Sarkoid** (Case of Boecks Sarcoid). Zahlreiche Knötchen im Gesicht. Histologisch reichlich Riesenzellen und kleinzellige Infiltration. Die Unterscheidung von Acne agminata und Aknitis erscheint sehr problematisch.

J. L. Bunch: **Trichorrhexis nodosa.** Abbrechen der Haare in gleicher Länge; ähnliche Erscheinungen an den Augenbrauen.

Arthur Whitfield: **Fall zur Diagnose.** Anscheinend kongenitaler Zustand. Anschwellung der Wangen, Haut leuchtend scharlachrot, Oberfläche wie poliert gespannt, Farbe auf Druck schwindend, es zeigt sich danach geringer Grad naevoider Teleangiektasien. Hände intensiv zyanotisch, leicht geschwollen. Am Gesäß gleicher Zustand wie an den Wangen. Vielleicht Erythroedema?

Arthur Whitfield: **Akarus von einem Falle von Räude bei einem von einem Hunde infizierten Menschen** (Acarus from Case of Mange in the Human Being infected by a Dog). Gegen den menschlichen Akarus besteht der Unterschied nur in einer geringen Größendifferenz (dieser größer). Die Auffindung geschieht nur sehr selten.

J. H. Sequeira: **Zwei Fälle von angiomatösem Granulom (multiplem idiopathischem Pigmentsarkom Kaposi)** (Two Cases of Angiomatous Granuloma [Multiple Idiopathic Pigment Sarcoma of Kaposi]). Histologisch Zunahme der Kapillaren mit beträchtlicher Ablagerung von Pigment, das Eisenreaktion gibt. Es handelt sich also um ein angiomatöses Granulom, und es sollte besser dieser Name angewendet werden.

A. M. H. Gray: **Sogenanntes multiples idiopathisches Pigmentsarkom Kaposi** (So-called Kaposi's Multiple Idiopathic Pigment Sarcoma).

A. M. H. Gray: **Fall von Ulcus rodens mit Arsenpaste behandelt** (Case of Rodent Ulcer under Treatment with Arsenic Paste). Knötchen vor dem rechten Ohr, Röntgenbehandlung bis zum Schwinden, bei Rezidiv Röntgen und Kohlensäureschnee ohne wesentlichen Erfolg. Jetzt frisch bereitete Paste aus Arsenanhydrid 1 Teil, Quecksilbersulfid 5 Teile, animalische Kohle 1 Teil mit etwas Spiritus.

A. M. H. Gray: **Erythem des Gesichtes** (Erythema of Face). Bei einem Falle von sekundärer Syphilis nach der ersten intravenösen Einspritzung von Novarsenobenzol abends Fieber, dann Effloreszenzen im Gesicht, am Kinn, Nacken, in der Regio suprasternalis, scharf abgegrenzt, ödematös. Auftreten von Albumen (6%). 3 Monate zuvor angeblich wegen akuten Erysipels des Gesichtes 2—3 Wochen bettlägerig, doch kein Fieber. G. glaubt, daß es sich beide Male um einen akuten Lupus erythematosus, hier durch Salvarsan hervorgerufen, gehandelt habe.

H. G. Adamson: **Fall von rezidivierender Cellulitis** (Case of Recurrent Cellulitis). Im Laufe der letzten 2 Jahre mehrfach Anfälle, bei denen an Lippen, angrenzenden Teilen der Wangen, Gaumen Schwellung, Spannung, scharf begrenzte Rötung auftraten. Da es sich um ein rezidivierendes Erysipel handeln konnte, Untersuchung auf

Digitized by Google

Streptokokken, die jedoch negativ ausfiel. Ein gewisser Erfolg wurde vielleicht durch wiederholte Röntgendosen erzielt.

Es demonstrierten noch H. G. Adamson einige Fälle von Lupus vulgaris, behandelt mit flüssigem salpetersaurem Quecksilber, H. W. Barber einen Fall von prämykotischer Erythrodermie, J. L. Bunch einen Fall von Adenoma sebaceum bei einem 10jährigen Mädchen.

Sitzung vom 15. März 1923.

J. L. Bunch: **Fall von Xantho-erythrodermia perstans.** Auf der Brust seit einem Jahre rundliche und ovaläre, leicht schuppende und juckende Effloreszenzen, die sich allmählich bis zu Handtellergröße vergrößerten und später auch am Rücken auftraten.

E. G. Graham Little: **Fall von Folliculitis ulerythematosa reticulata.** 5jähr. Knabe, mit $1^1/_2$ Jahren mit Erscheinungen an der Haut über den Jochbeinen und am Vorderkopf erkrankt.

R. Travers Smith: **Abnorme Narbenbildung nach Frieselausschlag** (Abnormal Scarring after Chicken-pox). Bei dem jetzt 14jähr. Knaben traten im Alter von 16 Monaten Frieseln auf, die sehr langsam heilten; über den Effloreszenzen bildete sich papierartige Haut, nach deren Abheben Ulzerationen bestanden. Seitdem Narben am Abdomen und Rücken. In der Besprechung wird die Vermutung ausgesprochen, daß es sich um Vakzinia oder um Varicella gangraenosa gehandelt habe, an die sich durch sekundäre Infektion Ekthyma angeschlossen hatte.

E. G. Graham Little: **Fall von Mykosis fungoides.** Beginn nach einem Moskitostich an der Brust. Am ganzen Körper infiltrierte Flecke, allgemeine Drüsenschwellung, keine Tumoren.

Henry Mac Cormac: **Zwei Fälle von Lupus vulgaris und ihre Behandlung** (Two Cases of Lupus Vulgaris with Treatment). Besserung nach Jodkalium, dessen Wirksamkeit theoretisch mit der Annahme, daß der Tuberkelbazillus ein säurefester Streptokokkus ist, erklärt wird. Hier bestand positive Komplementfixation gegen Streptokokken.

Henry Mac Cormac: **Fall zur Diagnose.**

J. E. R. Mc Donagh: **Fall von rezidivierendem Erysipel** (Case of Recurring Erysipelas). Nach zweimaliger Syphilisinfektion fünfmal Erysipel an Penis und Skrotum, die nach jeder Attacke stärker elefantiastisch wurden. Es waren Streptokokken nachweisbar. Die Annahme, daß es sich etwa um eine syphilitische Lymphangitis handelte, wird abgelehnt.

E. G. Graham Little: **Fall zur Diagnose; Hautdiphtherie?** (Case for Diagnosis; ? Diphtheria of the Skin). Seit mehreren Jahren Pusteln und Blasen an den Füßen und der linken Hand; Haut purpurrot, infiltriert, verdickt. An der Gaumenschleimhaut Blasen. In den Pusteln wurden nur gewöhnliche Staphylokokken gefunden. In der Besprechung wird die Affektion für Trychophytie gehalten.

E. G. Graham Little: **Fall von Lichen planus atrophicus.** Umfangreiche Zonen atrophischer Haut an Nacken, Achselhöhlen, unterhalb der Kniekehlen, Seiten der Beine. Die Stellen erscheinen elfenbeinweiß, liegen im Niveau der Haut.

W. J. O'Donovan: **Fall von Salzsäureausschlag an den Fingern** (Case of Muriatic Acid Erosion of Fingers). Ausgebreitete Dermatitis bei einem Galvaniseur.

W. J. O'Donovan: **Fall von Karzinom des Gesichtes bei einem Mädchen** (Case of Carcinoma Faciei apud Puellam). 21jähriges Mädchen, seit 9 Jahren erkrankt. Multiples Plattenepithelkarzinom. Neigung zu spontaner Heilung mit Narbenbildung.

A. M. H. Gray: **Männlicher und weiblicher Akarus aus demselben Gange entfernt** (Male and Female Acarus extracted from One Burrow). An der Zehe eines seit 4 Jahren an Skabies erkrankten Mannes gefunden, der männliche Akarus wird nur sehr selten gefunden, doch ist die Anschauung, daß er keine Gänge gräbt, nicht richtig.

M. G. Hannay: **Fall von Cutis verticis gyrata.** Histologisch geringer Grad entzündlicher Reaktion besonders in der Nachbarschaft der Follikel.

H. W. Barber: **Fall zur Diagnose.** Sehr schlaffe Haut. Nach Traumen Neigung zu Trennungen und Blutungen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Die erosive und gangränöse Balanitis und Vulvitis, ihre Differentialdiagnose und die ätiologisch verwandten Prozesse der Mund- und Rachenhöhle, von G. Scherber-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 17, S. 795, Nr. 21, S. 975.) Verf. bespricht die klinische, histologische und bakteriologische Differentialdiagnose zwischen der Balanitis erosiva, ulcerosa und gangraenosa. Besonders wesentlich ist, daß die Spirochäten der B. erosiva sowohl aerob wie in N.-Atmosphäre züchtbar sind, während es bei den anderen Formen nicht möglich ist, und diese streng anaerobe Bedingungen verlangen, falls sie überhaupt angehen. Auch in der Länge der fusiformen Stäbchen bestehen Unterschiede in den 3 Formen, während die Spirochäten morphologisch im großen und ganzen sich gleichen. Klinisch und histologisch tritt bei den ulzerösen und gangränösen Formen die Akuität und Progredienz sehr in den Vordergrund. Ulcus gangraenosum und Noma liefern vielfach ähnliche Bilder. Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen den gangränösen Balanitis- und Vulvitisformen und anderen Genitalprozessen (Lues, Ulcus molle, Blennorrhoe, Diabetes, Herpes usw.). Wesentlich ist die Feststellung, daß die gangränösen Prozesse sowohl beim Manne wie bei der Frau spontan auftreten können, wofür man eine aus irgend einem Grunde eintretende Virulenzsteigerung der saprophytären Bazillen- und Spirochätenformen der Smegma annehmen muß. E. Langer-Berlin.

Über Priapismus, von C. Müller-Hamburg. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 3, S. 670.) Die Ursache ist gewöhnlich eine Thrombose in den Hohlräumen der Schwellkörper. Die begünstigenden Momente liegen in den Veränderungen des Blutes, Veränderungen der Blutströmung und Veränderungen der Gefäßwand; insbesondere kommt für die Blutveränderung die Leukämie in Betracht. Bei andauernder Reizung der Nervi erigentes tritt eine Stauung und damit eine Thrombose ein, oder aber es führt eine innere Verletzung zu einem Bluterguß. Im allgemeinen nimmt man lokale, nervöse Ursachen und Allgemeinerkrankungen an. Therapie: Inzision in die Schwellkörper mit nachfolgender Ausspritzung der Gerinnsel.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zur Frage des Ersatzes von Defekten der männlichen Harnröhre, von H. Joseph-Köln. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 12, H. 3/4, S. 158—162.) Verf. hat bei einem durch Kriegsverletzung entstandenen Harnröhrendefekt, in dem Narbenzüge außerdem die Erektion schmerzhaft machten, nach der von Budde angegebenen Methode einen Hautschlauch gebildet und diesen in den Defekt zwischengeschaltet; in einer zweiten Operation wurden auch die Narbenstränge beseitigt und so ein gutes Resultat erzielt. Verf. sieht den Vorteil der Methode Buddes in der Tatsache, daß sofort ein gut ernährtes, dehnbares und sofort funktionsfähiges Material verwandt wird.
A. Rosenburg-Berlin.

Anatomische Beiträge und Überlegungen zur Genese und zur heutigen Therapie der Harnröhrenstrikturen, von Erich Brack-Hamburg. (Virch. Arch., 1923, Bd. 241, S. 372—384.) Die anatomischen Untersuchungen einer Anzahl von Fällen mit Harnröhrenstriktur ergaben in fast allen Fällen die Tatsache, daß die in der Einzahl vorhandenen Strikturen mit großer Regelmäßigkeit an einer bestimmten Stelle der Pars membranacea, etwa 1—1½ cm harnblasenwärts vom Bulbus urethrae, sich fanden. Diese Stelle entspricht genau der Lage der Cowperschen Drüsen, die in der verschiedensten Weise erkranken können und somit, abgesehen von traumatischen Ursachen, vornehmlich für das Zustandekommen von Harnröhrenstrikturen in Frage kommen. Ferner hat Verf. als Folge instrumenteller Eingriffe charakteristische Einrisse der Harnröhrenwand beobachtet, die auf dem Umwege über die Thrombose der Corpora cavernosa urethrae zur Bakteriämie führen können. B. Peiser-Berlin.

Über ein Teratom der Harnblase, von Otto Schürch. Path. Inst. Lausanne. Leiter: H. v. Meyenburg. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 92, H. 1—2.) Beschreibung eines Falles von Harnblasenteratom bei einer 25jähr. Frau, das im Bau an die Anlage einer Trachea erinnert, außerdem aber auch Nervenzellen enthielt und an der umgebenden Haut zahlreiche Haare. Heilung nach operativer Entfernung. Verf. geht dann auf die verschiedenen Hypothesen über Entstehung derartiger Geschwülste ein

Digitized by Google

und weist besonders auf die Arbeiten von ROTTER hin, der bei menschlichen Foeten extragenitale stationäre Geschlechtszellen beschrieben hat, und zwar in verschiedenen Körperregionen. Zellen, die für die Entstehung solcher Teratome von Bedeutung sein könnten. A. de Lemos-Hamburg.

Behandlung der Enuresis nocturna mit Thermopenetration, von J. v. BÜBEN-Budapest. (D. m. W., 1923, Nr. 18, S. 586.) Verf. empfiehlt die intravesikale Thermopenetration. Mit Hilfe eines am Ende mit Hahn versehenen Metallkatheters, dessen mittlerer Teil durch mit Seide durchsponnenen Gummi isoliert wird, wird die Blase mit physikal. NaCl-Lösung gefüllt, der Hahn geschlossen und der Katheter als Elektrode verwendet. Mit dieser Behandlungsmethode wurden unter 12 Fällen 3 Heilungen erzielt, 4 zeigten namhafte und 3 geringe Besserungen. Ungeheilt blieben zwei Fälle.
F. Harry-Wiesbaden.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Zur Torsio testis, von H. WEITZ-Linnich. (D. m. W., 1923, Nr. 12, S. 384.) Mitteilung eines Falles von Torsio testis bei einem 11jähr. Knaben. Die Drehung betrug 360° im Sinne einer Linksspirale. Hoden und Nebenhoden waren bereits schwarz bzw. dunkelbraunrot verfärbt und mußten entfernt werden.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur pathologischen Anatomie der Leydigzelle, von E. BRACK, Path. Inst. d. Univ. Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 240, H. 1/2. S. 127.) Die Leydigzellen sind nach KYRLE, PLATO und anderen Autoren eine trophische Verbindung zwischen dem Hodengefäßsystem und dem Hodenepithel und sollen daher für letzteres nutritive Bedeutung haben. In ihrer Speicherfähigkeit spielen sie eine Rolle bei der Spermatogenese. Nach KAUFMANN sind sie ihrem Ursprung nach bindegewebige Zellen von epitheloidem Charakter. Der einzige Fall, wo in der Pathologie des Hodens Leydigzellen eine Rolle spielen, ist die Spermangoitis obliterans, die ätiologisch nicht einheitlich geklärt bei Lues, Tuberkulose, Alkoholismus, Nierenerkrankungen usw. auftritt. Die Zahl der Leydigzellen im normalen und pathologischen Hoden ist sehr schwankend, sie soll, wie Verf. darlegt, nicht mit den pathologischen Veränderungen des betreffenden Hodens zusammenhängen, sondern mit dem Lipoidgehalt des Blutes, und demnach wären die Leydigzellen weder Geschlechtszellen noch Zwischenzellen, sondern Lipoidspeicher. Die Zahl der Leydigzellen hat keinen Einfluß auf die sekundären Geschlechtsmerkmale. Die Befunde werden vom Verf. erläutert und er schließt damit, den Beweis erbracht zu haben, daß die Bildung von Leydigzellen nicht von dem Zustand des Hodenparenchyms, sondern vom Zustand des Gesamtorganismus abhängig ist.
F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Über das Verhalten der Hoden in bakterieller und histologischer Beziehung bei akuten Infektionskrankheiten, von E. FRAENKEL und A. HARTWICH, Path. Univ.-Inst. Hamburg. (Virch. Arch., 23. April 1923, Bd. 242, H. 1.) Die klinisch und anatomisch bekannte Tatsache, daß bei Allgemeininfektionen zuweilen metastatische Herde in den Hoden beobachtet werden, legte den Gedanken nahe, zu untersuchen, ob auch bei makroskopisch unveränderten Organen kulturell die betreffenden Krankheitserreger aus dem Hoden zu gewinnen und mikroskopisch durch sie verursachte Gewebsläsionen nachzuweisen sind. Während bei chronischen Infektionen, wie Syphilis, Tuberkulose und Lepra Hodenerkrankungen keine Seltenheit sind, kommen dieselben bei akuten Infektionskrankheiten nicht so häufig vor und ist vor allem über solche Fälle bei Pocken, Staphylokokken-Allgemeininfektionen (Hodenabszesse), ferner bei Typhus und Paratyphus berichtet worden. Die Untersuchungen, welche Verff. vornahmen, erstreckten sich vor allem auf Pneumokokkeninfektionen, dann Typhus und verschiedene andere Infektionen. Demnach gelingt es bei akuten Allgemeininfektionen, in einer großen Zahl von Fällen die das Grundleiden verursachenden Krankheitserreger auch aus dem Hoden mittels Kultur zu gewinnen. Es wurden die Krankheitskeime aus dem Hoden gezüchtet: bei 41 Pneumokokkeninfektionen 21mal, bei 8 Streptokokkeninfektionen 8mal, bei 2 Scharlachfällen 0mal, bei 6 Staphylokokkeninfektionen 6mal, bei 7 Fällen von Meningokokkenmeningitis 0mal, bei 1 Fall von Darmmilzbrand 1mal, bei 2 Fällen von Abdominaltyphus 2mal. Es gelang nur in einem Teile dieser Fälle, gewebliche Veränderungen als Folge des intravitalen Eindringens der Krankheitserreger aufzufinden; diese Veränderungen im Hoden sind abweichend von den Befunden, wie man sie bei denselben Erregern im Knochenmark zu sehen gewöhnt ist, bei den verschiedenen Erregern aber annähernd gleich. Aus diesen Untersuchungen ergibt sich für Verf. eine

Digitized by Google

weitere wissenschaftliche Forderung, nämlich der Frage nach dem Verhalten des Hodengewebes gegenüber verschiedenen Bakterienarten einmal experimentell näherzutreten, und zwar in dem Sinne einer Beeinflussung von Reinkulturen durch Hodengewebe, wie es experimentell mit Knochenmark und Hirnsubstanz von verschiedenen Autoren bereits vor Jahren geprüft worden ist. Literaturverzeichnis. M. Stern-München.

Die Genitaltuberkulose bei Männern und die Resultate ihrer Behandlung, insbesondere die Resultate der Epididymektomie, von Frode Rydgaard-Kopenhagen. (Arch. f. klin. Chir., 1923, Bd. 123, S. 758.) Verf. stellt fest, daß es für die Genitaltuberkulose eine Altersdisposition gibt und führt dieselbe auf die stärkere Vaskularisation der Nebenhoden im Alter zwischen 20 und 40 Jahren zurück. Das Trauma, das Verf. in 25% der beobachteten Fälle nachweisen konnte, spielt sicher eine auslösende Rolle (Beobachtungen anderer Autoren wären dem Verf. erwünscht); dagegen scheint die vorausgegangene Blennorrhoe keinen auslösenden Einfluß auszuüben. Als Therapie muß die Lichtbehandlung verworfen werden, es muß wegen der Gefahr der weiteren Ausbreitung auf die zweite Seite und wegen der sehr häufigen Meningitis tuberculosa operativ vorgegangen werden. Wegen der geringen Störung der sexuellen Sensationen wird der Epididymektomie der Vorzug vor der Kastration gegeben. Der zentrale Teil des Vas deferens wird in die Haut eingepflanzt. Eine Anastomose desselben mit dem Testis wird wegen der großen Gefahr der Kontaktinfektion des Testis strikte verworfen. Die Epididymektomie ist so früh als möglich auszuführen, da dann meist eine vollkommene Ausheilung stattfindet (Allgemeinerkrankung bei 50—75% der Nichtoperierten gegen nur 6% der Operierten). Die Epididymis ist als Ganzes zu entfernen. Eventuelle kranke Stellen am Testis sind zu kauterisieren. A. Rosenburg-Berlin.

Gleichzeitiges Auftreten von genitaler Tuberkulose und Syphilis (A Unique Case of Coexistent Tuberculosis et Syphilis in the Genital Tract), von D. M. P. Magee-Long Branch. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 3, S. 179.) Tuberkulöse Epididymitis der einen Seite bei gleichzeitiger Orchitis syphilitica der anderen Seite.

A. de Lemos-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen am Hoden nebst klinischen Bemerkungen, von H. F. O. Haberland-Köln. (Arch. f. klin. Chir., 1923, Bd. 123, S. 67.) An Tierversuchen stellte Verf. fest, daß bei der Orchidopexie, wenn die Vasa spermatica unterbunden werden, der heruntergeholte Hoden vollkommen resorbiert wird (Küttner), obgleich die Vasa deferentialia sorgfältig geschont worden war. So glaubt Verf., daß bei der freien Verpflanzung keine Möglichkeit besteht, wenn nicht durch schnelle Vaskularisierung vom Wirtsboden aus das Transplantat genügend ernährt wird und so erhalten bleibt. Weiterhin wird ein in die Bauchhaut transplantierter Kaninchenhoden, selbst wenn seine Verbindung mit dem Samenstrange noch besteht, resorbiert. Bei Ratten soll nach Poganz der Hoden sich erhalten und erst nach Durchtrennung des Samenstranges zugrunde gehen. Auch die Methode Hammesfahrs, das Organ „wie ein Buch aufgeschlagen und aufgeklappt" in die Bauchhaut zu verlagern, nachdem die Muskulatur leicht skarifiziert wurde, hat bei Tieren kein positives Resultat gezeitigt, da die Tiere im Schmerz die Beine anziehen und so das Transplantat drücken. Was die freie Hodentransplantation anbelangt, so soll man nur gesunde normale Hoden aus dem 20.—40. Lebensjahr verwenden. Von wegen Tuberkulose exstirpierten Hoden kann man den gesunden Rest bei völlig Kastrierten dem Pat. selbst wieder implantieren. Verf. beschreibt dann seine Methode der Hodenimplantation, die er properitoneal in das Netz lagerte und sie nach 2 bezw. 480 Tagen wieder zur Untersuchung herausnahm. Verf. sah, daß in den Hoden Regenerationsprozesse vor sich gehen, neue Hodenkanälchen mit tadelloser Struktur gebildet werden. Diese wuchern in das umliegende Gewebe. Jedoch bald wird das Transplantat resorbiert, selbst wenn nach doppelseitiger Kastration „sogenannter Organhunger" besteht. Von einer Anpassung an den Wirtsboden kann keine Rede sein. Gerade die Zwischenzellen gehen sehr frühzeitig zugrunde; Verf. findet also gerade das Gegenteil von Steinach, der den Zwischenzellen die größte Lebensdauer zuspricht. A. Rosenburg-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Oktober 1923 | Nr. 41 | Band 77

Aus der Universitätshautklinik in Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek).

Endotoxin- und Ektotoxinwirkung von Trichophytonpilzen im menschlichen Körper und deren therapeutische Verwertung.

Von

Dr. Willy Engelhardt.

Die Versuche, aus Trichophytonpilzen Stoffe zu gewinnen, die im menschlichen und tierischen Körper eine toxische Wirkung entfalten, gehen zurück auf experimentelle Untersuchungen des Italieners Caldebone Ende des vorigen Jahrhunderts. Seine Versuche an Meerschweinchen und Kaninchen lassen ihn zu dem Schlusse kommen, daß Filtraten alter Bouillonkulturen eine geringe, Pilzemulsionen dagegen eine stärkere Toxizität zukommt. Als dann Anfang des Jahrhunderts das Kochsche Tuberkulin aufkam, wurden von Neisser und Plato entsprechende Versuche auch mit dem filtrierten Preßsaft 2—3 Monate alter Pilzkulturen an Menschen angestellt, die an Trichophytia profunda litten; sie erhielten nach subkutanen Injektionen dieses Toxins sehr starke Allgemein-, Herd- und Lokalreaktionen, die teilweise recht bedrohlichen Charakter annahmen, gleichzeitig aber auch die Krankheitsherde rascher zur Abheilung brachten. Durch Truffi und Citron wurden diese Versuche bestätigt und insofern erweitert, als festgestellt wurde, daß die Trichophytininjektionen bei gesunden, d. h. nicht an Trichophytie erkrankten oder erkrankt gewesenen Menschen keinerlei Reaktion hervorriefen. Trotz deutlicher Heilerfolge geben sie dem Trichophytin einen mehr diagnostischen als therapeutischen Wert. Von den Blochschen Feststellungen interessiert uns die Tatsache, daß die hochwertigsten Trichophytine erhalten werden durch Zerreiben von Trichophyton gypseum- oder Achorion Quinckeanum-Kulturen in der Nährflüssigkeit mit nachfolgender Filtration durch Chamberlandkerzen.

Wie aus diesen kurzen Angaben ersichtlich, waren die verwandten „Trichophytine“ durchaus nichts Gleichartiges; es waren im Gegenteil ganz verschiedene Stoffe. Benutzte man die Nährbodenflüssigkeit ohne Kultur, so erhielt man die Stoffwechselprodukte (Ektotoxine) fast rein, besonders bei Verwendung junger Kulturen, wenn auch die durch Zerfall von Pilzleibern freiwerdenden Toxine (Endotoxine) nicht völlig ausgeschaltet werden können. Bei Verwendung des Preßsaftes der Pilzkulturen werden fast reine durch Zerstörung der Pilzleiber gewonnene Toxine als „Trichophytin“ benutzt. Zerreibt man die Kulturen in der Nährbodenflüssigkeit und filtriert, so erhält man ein Endo-Ektotoxingemisch.

Digitized by Google

Mit diesen die verschiedensten Zusammensetzungen und Konzentrationen zeigenden Trichophytinen wurden nun von den verschiedensten Untersuchern Versuche in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht angestellt. Was das „Trichophytin" als Diagnostikum anlangt, so haben sich die Ansichten insofern geändert, als man an eine strenge Spezifität nicht mehr glaubt und Gruppenreaktionen besonders bei Tuberkulösen annimmt. Während S. Amberg die Spezifität der Pirquetschen Reaktion bestätigt, kommt Arnold bei der genaueren intradermalen Applikation des Trichophytins zu anderen Ergebnissen. Seine Untersuchungen beziehen sich auf Intradermoreaktionen bei Kindern, bei denen er 0,1 ccm verschiedener Verdünnungen anwendet. Er kommt zum Schlusse, daß der diagnostische Wert nur gering ist, da auch bei Gesunden häufig positive Reaktionen vorkommen (7% bei Anwendung von Verdünnungen 1:50, 14% bei 1:10, 44% bei 1:5, bei Verdünnung 1:100 wohl bei Gesunden negative Resultate, bei Trichophytiekranken jedoch nur in 58% [allerdings oberflächliche Fälle] positive Ausfälle . . .) Im übrigen ist eine Trichophytie auch ohne dieses unsichere Hilfsmittel leicht zu erkennen und die Diagnose durch den Pilznachweis leicht sicherzustellen. Die Anwendung des Trichophytins als Diagnostikum ist also eine recht beschränkte, da eine strenge Spezifität nur unter Einhaltung gewisser quantitativer Verhältnisse einigermaßen verbürgt ist.

Wie verhält es sich nun mit seiner Verwendung in therapeutischer Hinsicht? Die Art der Applikation scheint geringeren Einfluß auf die Wirksamkeit zu haben — sowohl bei subkutaner (Neisser-Plato, Truffi, Bloch) und intrakutaner (Bruck und Kusunoki, W. Scholz, Rózsavölgyi) Injektion, als auch nach Blochs Vorschlag durch Bestreichen der Herde mit hochprozentigen Trichophytinsalben oder -lösungen, wird über gute Heilerfolge berichtet. Während Bloch allein durch Trichophytininjektionen Heilungen gesehen hat, erlauben andere Autoren (z. B. Blumenthal und v. Haupt) keine Vernachlässigung der Lokalbehandlung. Einen Fortschritt bedeutete die kombinierte Behandlungsmethode in Form einer zweizeitigen spezifisch-unspezifischen Therapie, wie sie von Fischer, Richard und Leopold Weinstein angegeben wird. Die Verff. geben zuerst Trichophytin, darauf 40%ige Urotropinlösungen intravenös (in 2 bis 14tägigen Abständen in Dosen von 4—14 g bis zu 80 g) und erzielen dadurch besonders bei kleinknotigen und plattenförmigen trockenen Profundaherden „einen sehr günstigen Einfluß".

Von der Erfahrungstatsache ausgehend, daß das eine Trichophytinpräparat starke Reaktionen auslöste, ein anderes bei demselben Trichophytiekranken hingegen keine oder nur geringe, gingen wir daran, uns bestimmte Toxingemische darzustellen, um Antwort auf folgende Fragen zu erhalten:

1. Führen Endotoxine oder Ektotoxine zu stärkeren Reaktionen im menschlichen Körper?

2. Reagiert ein trichophytiegesunder und ein trichophytiekranker Körper verschieden auf die verschiedenen Toxine?

3. Tritt durch Hitzesterilisation eine Abschwächung der Toxinwirkung ein, gemessen an Pirquetschen Impfungen?

4. Geben die Einzeltoxine oder deren Gemische bessere Heilerfolge bei subkutaner Anwendung?

Digitized by Google

Zu unserer Toxinherstellung benutzten wir ausschließlich Trichophyton gypseum- und Trichophyton niveum-Kulturen, die aus tiefen Trichophytien gezüchtet wurden. Als Nährboden diente uns 10%ige Bierwürzgelatine, die von verschiedenen Kulturen in verschieden langer Zeit verflüssigt wird. Es schien sich bei der systematischen Fortzüchtung auf Gelatine deutlich eine erhöhte Fähigkeit der Gelatineverflüssigung bemerkbar zu machen. Zur Gewinnung der Einzeltoxine und der Toxingemische bedienten wir uns folgender Methode:

Um Endotoxin und Ektotoxin möglichst rein darzustellen, werden Erlenmeyerkolben mit großer Oberfläche mit 0,5 cm hoher Gelatineschicht beschickt und mit 10—15 Kulturteilchen einer Gypseum- bzw. Niveumkultur besät. Verflüssigung war nach etwa 2—4 Wochen eingetreten, die Kulturen sind nicht unter den Flüssigkeitsspiegel gesunken. Der verflüssigte Nährboden wird von den Kulturen abgefiltert durch sterile Papierfilter und als Ektotoxin benutzt. Nun werden die Kulturen durch physiologische Kochsalzlösung von anhaftendem Nährboden befreit, im Achatmörser zerstoßen und im Verhältnis 1 : 5 mit 90% Alkohol versetzt und einige Zeit (8—10 Tage) stehen gelassen und filtriert; wir erhielten so ein möglichst reines Endotoxin.

Durch die Beschickung des Nährbodens mit möglichst vielen jungen Kolonien wird der Absterbequotient in der Einzelkultur möglichst herabgedrückt und dadurch ein Übertritt der Endotoxine in die Nährbodenflüssigkeit auf ein Minimum verringert. Andererseits können aus einer kleinen Kolonie die Stoffwechselprodukte besser abgegeben werden, so daß bei Zerkleinerung der Kulturen nach Abspülen des Nährbodens durch Alkoholauszug ein möglichst reines Endotoxin gewonnen wird. Ein Endo-Ektotoxingemisch wurde dadurch gewonnen, daß wir die Kulturen sofort nach Eintritt der völligen Verflüssigung mit dem Nährboden tüchtig umschütteln und etwa 14 Tage unter täglich $^1/_2$stündigem Umschütteln darin beließen und das Gemisch nachher filtrierten.

Das alkoholische Endotoxin ist ohne Zusatz haltbar. Vom Ektotoxin und vom Toxingemisch werden kleine Quantitäten steril abgefüllt und im Eisschrank aufbewahrt. Um die Frage der Wirkungsverminderung durch Hitze prüfen zu können, werden kleine Toxinquanten des Endotoxins auf 56—60°, des Ektotoxins und Ekto-Endotoxingemisches auf 100° im Wasserbade während 2 Stunden erhitzt; sämtliche Toxine — erhitzte wie unerhitzte — sind vorher mit gleichen Teilen 0,85%iger Kochsalzlösung versetzt worden.

Die Prüfung dieser Toxinreihe erfolgte vorerst durch Vergleich der Ausfälle von PIRQUETschen Stichreaktionen nach 24 bzw. 48 Stunden am gleichen Patienten in 16 Fällen (14 Trich. profunda, 1 Trich. media, 1 Trich. superficialis). Der besseren Übersicht wegen seien die Ergebnisse in Tabellenform zusammengestellt.

Die Versuchsreihe erstreckt sich über nur 16 Patienten. Soweit es sich nicht um Zufälligkeiten handelt kann man sagen,

1. daß die Toxine durch Erhitzen eine nicht unwesentliche Abschwächung erfahren;

2. daß die PIRQUETsche Endotoxinreaktion bei Trichophytiekranken später auftritt und stärker ist als die Ektotoxinreaktion, die früher auf-

Digitized by Google

tritt und schwächer ist. Beim trichophytiegesunden Menschen ist die Toxinwirkung insofern anders, als die Endotoxinimpfung eine größere Spezifität besitzt als die Impfung mit Ektotoxin. In 50 Fällen von gesunden Menschen ergaben sich an unspezifischer Reaktion (sehr schwache Anfälle!)

Ektotoxin	vorm Erhitzen	36 %,		nach Erhitzen	28 %,
Endotoxin	„	„	8 %,	„	„	4 %,
Ekto-Endotoxin	„	„	20 %,	„	„	8 %.

Der deutlich geringere Prozentsatz positiver Ausfälle bei erhitzten Toxinen läßt wieder Schlüsse zu in der Hinsicht, daß das wirksame Prinzip eine gewisse Thermolabilität besitzt.

Nr.	Krankheitsbild	Toxine ohne Erhitzen						Toxine nach Erhitzen					
		Ektotoxin		Endotoxin		Ekto-Endotoxin		Ektotoxin 100°		Endotoxin 56°		Ekto-Endotoxin 10	
		24 Std.	48 Std.	24 Std.	48 Std.	24 Std.	48 Std.	24 Std.	48 Std.	24 Std.	48 Std.	24 Std.	4 St
1	Trichophytia profunda	(+)	++	(+)	++	(+)	+	−	(+)	−	(+)	−	−
2		−	(+)	(+)	++	−	(+)	−	−	−	−	−	(−
3		(+)	+	+	+++	+	++	(+)	−	−	(+)	+	(−
4		(+)	++	++	+++	−	++	+	−	+	+	−	+
5		−	(+)	(+)	++	+	+	+	−	−	+	−	+
6		(+)	+	−	++	+	−	−	+	−	−	−	−
7		+	++	+	+++	++	+++	(+)	+	(+)	++	++	+
8		+	+	−	++	+	−	−	+	−	(+)	−	(−
9		+	+	−	++	−	+	+	−	−	(+)	−	(−
10		+	++	−	++	+	++	(+)	+	+	(+)	+	(+
11		(+)	−	−	+	+	(+)	−	−	−	−	(+)	−
12		(+)	++	++	+++	−	++	+	−	+	+	−	+
13		(+)	+	+	+++	+	++	(+)	−	−	(+)	+	(−
14		+	++	+	+++	++	+++	(+)	+	(+)	++	++	+
15	Tr. superficialis	(+)	−	−	(+)	−	−	−	−	−	−	−	−
16	Tr. media	+	−	−	++	(+)	+	−	+	−	(+)	−	−

Eine weitere Prüfung, ob subkutane Injektionen der vorher erhitzten Toxine schwächere Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktionen bei Trichophytiekranken hervorrufen, fand nicht statt. Wir beschränkten uns darauf, nunmehr die drei nicht erhitzten Toxinarten an Hand von 21 Trichophytiefällen zu untersuchen. Um eine bessere Dosierungsmöglichkeit zu bekommen, machten wir uns Verdünnungen mit physiologischer Kochsalzlösung, bei denen in 0,5 ccm 5,10 und 15 cmm des wirksamen Toxins enthalten waren (z. B. 9,9 ccm NaCl + 0,1 ccm Toxin ergeben 20 Dosen à 0,5 ccm mit je 5 cmm wirksamer Substanz). Diese drei Stärken wurden in 3—4tägigem Abstand subkutan gegeben. Über die Endotoxinwirkung können wir sagen:

Die Injektionen sind schmerzlos außer geringem Brennen, das nach 5—10 Minuten nachläßt. Lokalreaktion nach 36—48 Stunden ziemlich stark, leichte regionäre Drüsenschwellung, bis doppelthandtellergroße Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle, die 3—4 Tage anhält.

Digitized by Google

Deutliche Herdreaktionen in Gestalt von Eiterpustelbildung, Schwellung und Rötung, subjektiv Kribbeln und Jucken. Körperliches Unbehagen, Kopf- und Gliederschmerzen. Temperaturen meist über 39°, zwei Tage anhaltend; in 3 Fällen Schüttelfrost, einmal Ohnmacht bei einem jungen Mädchen. Herdreaktionen etwa 2 Tage anhaltend. Oberflächliche und Mediaformen zeigen keine Allgemein-, ganz geringe Lokal-, jedoch deutliche Herderscheinungen — starke Abschuppung, auffallendes Blässerwerden der Herde. Gute Heilwirkung in Verbindung mit der Lokaltherapie (Epilation, Kataplasmen, Borüberschläge).

Die Ektotoxininjektion ist schmerzlos. Die Lokalreaktion tritt nach 24 Stunden, oft schon nach 6—8 Stunden auf, verschwindet aber meist schon nach 48 Stunden wieder. Sie äußert sich wie bei Endotoxineinverleibung, nur in schwächerem Grade. Als Herdreaktion könnte eine meistens beobachtete stärkere Hyperämie und Sukkulenz der Herde angesprochen werden. Die Herdreaktion wird deutlich bei Unterspritzen eines Krankheitsherdes, wobei Temperaturen bis 38° auftreten, während für gewöhnlich nur Temperatursteigerungen um $^2/_{10}$ Grad beobachtet wurden. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Ebenfalls deutliche Heilwirkung, besonders bei Injektion in Herdnähe bei tiefen Formen; oberflächliche Formen bleiben unbeeinflußt.

Über die Wirkung von Ekto-Endotoxininjektionen können wir feststellen: Injektion schmerzlos, schmerzhaft bei Injektion in infiltriertes krankes Gewebe. Lokalreaktion nach 10—36 Stunden, 3—4 Tage anhaltende starke Schwellung und Hyperämie bis Doppelhandtellergröße, keine regionären Drüsenschwellungen. Gute Herdreaktionen, die um so stärker werden, je näher dem Herd eingespritzt wird, am stärksten bei Injektion in infiltriertes Gewebe. Starke Pustelbildung und Pusabsonderung auf den Herden, die gerötet und deutlich sukkulent sind. Subjektives Wohlbefinden außer geringem Kopfschmerz, einmal Kniegelenkschmerzen nach jeder Injektion. Temperaturen nicht über 38°. Keine Schüttelfröste! In Verbindung mit Lokaltherapie sehr deutliche Heilwirkung. Oberflächliche und Mediaformen zeigen besonders bei Herdunterspritzung auffälliges Blässerwerden und stärkere Abschuppung; Pilze sind nach der dritten Injektion nicht mehr nachweisbar. Der Prozeß greift nicht weiter um sich.

Zusammenfassend können wir als Antwort auf unsere Fragenstellung sagen:

1. Das Endotoxin ist für den Trichophytiekranken giftiger als das Ektotoxin; es ruft besonders das Fieber hervor und die unangenehmen Störungen im subjektiven Befinden. Die Lokal- und Herdreaktionen des Endotoxins treten später auf und halten länger an als beim Ektotoxin. Trotz — wenn auch geringeren — therapeutischen Effektes fehlen beim Ektotoxin die unangenehmen Nebenwirkungen.

2. Endo- und Ektotoxine reagieren insofern anders auf trichophytiekranke und trichophytiegesunde Menschen, als dem Endotoxin eine größere Spezifität zukommt. Unsere Versuche bestätigen die Ansicht Jesioneks, daß die Haut des Trichophytikers für Endotoxin empfänglicher ist, während die normale Haut eine größere Empfindlichkeit gegen das Ektotoxin besitzt.

Digitized by Google

3. Durch Erhitzung auf 56° bzw. 100° tritt eine deutliche Wirkungsabschwächung ein, so daß bei Endo- und Ektotoxinen ein thermolabiler Bestandteil angenommen werden muß.

4. Sowohl die beiden reinen Toxine als auch deren Gemische lassen in Verbindung mit der Lokaltherapie deutliche Heilerfolge erkennen. Die Heilwirkung des Endotoxins ist anscheinend die günstigste, jedoch kann eine gleiche Wirkung ohne die durch das Endotoxin hervorgerufenen Schädigungen auch durch ein Toxingemisch mit viel Ektotoxin und wenig Endotoxin erreicht werden. Für ein Trichophytinpräparat als Therapeutikum kommen danach nur Ekto-Endotoxingemische in bestimmten Mengen- und Konzentrationsverhältnissen in Frage. Über den Heilungsverlauf von mit derartigen Präparaten behandelten Fällen, denen statt der indifferenten NaCl-Lösung ein unspezifisches Reizmittel — das Yatren — zugesetzt wurde, wird in einer gleichzeitig erscheinenden Arbeit[1]) berichtet werden.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Über die Wirkungen alter Kulturen pathogener Hefen.

Von

Dr. Ginji Koomaya, Assistent der Universitätsklinik zu Tokio, z. Z. Hospitant der Abteilung und Dr. Ernst Rosenbaum, Assistent der Abteilung.

Etwa 30 Jahre sind vergangen, seitdem die ersten Feststellungen von Hefeerkrankungen beim Menschen gemacht worden sind. Anschließend an den von Busse und Buschke beobachteten Greifswalder Fall traten in Europa und Japan Curtis, Läderich und andere mit ähnlichen Fällen hervor, es schlossen sich experimentelle Untersuchungen von Sanfelice, Mafuccieni, Busse, Buschke, Lydia Rabinowitsch-Kalinowski u. a. an; für die Tierpathologie gewannen diese Hefen große Bedeutung (Lymphangitis epizootica). Allen diesen Autoren gelang nicht nur der mikroskopische Nachweis, sondern es war auch möglich, aus den Erkrankungsherden Hefen zu züchten, deren Pathogenität dann durch das Tierexperiment erhärtet wurde. Die Greifswalder Hefe erwies sich als pathogen für Ratten und weiße Mäuse. Wesentlich virulenter als diese Hefe war die aus dem Fall Curtis gewonnene. Meerschweinchen waren hier auch unempfindlich; bei einem Kaninchen entstand eine wesentlich Eiter enthaltende Schwellung nach subkutaner Injektion, die sich dann spontan entleerte und keine Spuren hinterließ. Für Ratten, Mäuse und Hunde war die Hefe stark infektiös. Sanfelice fand zwei pathogene Hefen, die Saccharomyces lithogenes und die Sacch. canis. Die erstere war für Meerschweinchen pathogen, und zwar starben intrakutan injizierte nach 2 Monaten, intraperitoneal gespritzte nach 30 Tagen. Die zweite war

[1]) D. m. W., Spezifisch-unspezifische Behandlung der Trichophytie mit Trichatren.

Digitized by Google

aus Trauben gezüchtet und nur für Ratten und Mäuse in geringer Intensität toxisch.

Die von Läderich kultivierte Hefe war in ihrem Verhalten ganz ähnlich der Greifswalder, also auch für Ratten und weiße Mäuse infektiös. Sämtliche soeben genannten Hefen sind bis heute in Kultur lebend erhalten worden. Es war nun von Interesse, nach so vielen Jahren der Fortzüchtung festzustellen, wie das toxische und kulturelle Verhalten der Hefen sein würde.

Es wurden zur Prüfung der Toxizität Versuche an Meerschweinchen und Mäusen gemacht. Injiziert wurde die Hefe subkutan, intraperitoneal und intravenös. Genauere Tabellen über die einzelnen Versuche können wir aus Raummangel nicht bringen, weshalb wir uns damit begnügen, übersichtliche Zusammenstellungen zu geben.

Nach subkutaner Injektion bei Meerschweinchen riefen nur die Greifswalder[1]) Hefe und Saccharomyces lithogenes Sanfelice Krankheitserscheinungen hervor, und zwar traten Knoten auf von etwa Haselnußgröße, die sich vom 2.—6. Tage nach der Injektion entwickelten. Aus den Knoten entleerte sich ein dicker, gelber Eiter, der reichlich mikroskopisch Hefezellen enthielt, und aus dem sich auch wieder Hefen züchten ließ. Die Knoten waren nach 14 Tagen verschwunden, und bisher haben sich nach 2 Monaten noch keine Folgen gezeigt. Bei intraperitonealer Impfung haben wir Erscheinungen nicht beobachtet.

Während wir subkutan 0,5 ccm einer Emulsion von 5 Ösen auf 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung injizierten, spritzten wir intravenös nur 0,2—0,3 ccm einer Emulsion von 2 Ösen auf 1 ccm NaCl. Nach ungefähr 14 Tagen zeigten die Tiere noch keinerlei krankhafte Veränderungen. Nach subkutaner Einverleibung bei Mäusen von einer Öse in eine Hauttasche traten nach 2—5 Tagen hanfkorngroße Knötchen auf, die sich nach 7—24 Tagen wieder resorbierten. Stärkere Pathogenitätserscheinungen zeigte nur die Hefe Curtis. Die damit geimpfte Maus starb nach 17 Tagen, aus dem Peritoneum fanden sich im Abstrich vereinzelt Hefen. Die aus dem Peritoneum fortgezüchtete Kultur von Sacch. lithogenes Sanfelice erregte einmal nach ihrer weiteren Überimpfung einen langsam bis zu Erbsengröße wachsenden Knoten und nach 17 Tagen ein Geschwür, das sich allmählich immer mehr verbreiterte, schließlich etwa 3 cm lang und $1^1/_2$ cm breit war und sich allmählich mit schmierigem Belag bedeckte. In dem Ulkus wurde reichlich Hefe nachgewiesen, die sehr schöne Membranen zeigte.

Wir spritzten bei Mäusen $^1/_2$ ccm einer Lösung von 5 Ösen auf 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung intraperitoneal ein. Im ganzen wurden 21 Mäuse gespritzt, und zwar mit jeder Kultur etwa 4—5. Es starben im ganzen 9 Mäuse, davon 4 von 5 mit der Greifswalder Hefe geimpfte, von den mit der Hefe S. lith. Sanfelice unter 5 Mäusen 3. Von den je 5 mit Saccharom. Läderich und Saccharom. canis Sanfelice starb je eine. Der Tod trat bei der Greifswalder Hefe bereits nach

[1]) Wir operierten mit einer Kultur, die abgeleitet war aus einer Kultur, die seinerzeit Buschke aus der Haut des Greifswalder Falles erhalten hatte und fortgezüchtet war.

Digitized by Google

1—2 Tagen ein, bei den übrigen Arten nach 5—30 Tagen. Bei der Sektion der toten Mäuse gelang es immer, reichlich reine Hefe nachzuweisen und auch die kulturelle Züchtung wurde immer mit Erfolg vorgenommen. Die fortgezüchteten Kulturen wurden nur von der Greifswalder Hefe und der Hefe S. lith. je 2 Mäusen wieder intraperitoneal injiziert, die alle daran starben. Bei beiden letzteren Hefen fand sich regelmäßig die schon früher beschriebene Membranbildung in schöner Ausbildung.

Wir untersuchten alle Hefen nach der Methylenblau-Phosphin-Methode auf das bei dieser Färbung grün erscheinende Volutin. Wir fanden es nur einmal in Hefen aus der Peritonealhöhle der mit der fortgezüchteten Greifswalder Hefe gespritzten Mäuse. Bei allen mit dieser Kultur gespritzten Tieren fanden sich im Peritoneum Myzelien, die aus einer Hefezelle gewachsen waren. Genauere Berichte folgen noch nach weiteren Untersuchungen des einen von uns über diese Bildungen, die früher nicht beobachtet wurden.

Intravenös spritzten wir 0,1 ccm einer Emulsion von 2 Ösen Hefe auf 1 ccm physiologische Kochsalzlösung, und zwar bei 15 Mäusen. Es starben bei der Greifswalder Hefe alle 5 Tiere nach 1 Tage, bei Saccharom. lith. Sanfelice alle 4 nach 5—8 Tagen, bei Hefe Curtis die beiden gespritzten Tiere nach 5—10 Tagen, bei Saccharom. Läderich starb 1 Maus von 2 nach 24 Tagen. Die beiden mit Saccharom. canis Sanfelice gespritzten blieben am Leben. Bei der Sektion der gestorbenen Tiere konnte Hefe im Blut und auch immer im Peritoneum nachgewiesen werden. Die Züchtung aus dem Blut und dem Peritoneum gelang immer. Eine deutliche Membranbildung zeigte auch hier die aus dem Peritoneum abgenommene Hefe S. lith. Sanfelice, weniger deutlich die aus dem Blut entnommene Hefe Curtis. Volutin bei den intravenös gespritzten Tieren ließ sich niemals nachweisen. Einmal lösten wir 5 Ösen des Peritonealinhaltes einer an Hefe S. lith. Sanfelice gestorbenen Maus in 1 ccm phys. NaCl-Lösung auf und spritzten davon einer Maus 0,5 ccm intravenös ein. Das Tier starb nach 19 Tagen, und es fand sich im Blut reichlich Hefe, die deutlich Membranen gebildet hatte. Das Blut wurde aus dem Vorhof des Herzens entnommen. Es ist dies der einzige Fall, wo wir im Blut Membranbildung gesehen haben.

Gleichzeitig untersuchten wir unsere Hefen auf Pigment und Gärungsverhältnisse und wollen kurz über die noch nicht abgeschlossenen Versuche berichten:

Zur Beobachtung der Pigmentbildung züchteten wir die Hefen auf Kartoffelnährböden, die nach bekannten Verfahren als Scheiben in sterilen Petrischalen hergestellt wurden. Eine ausgesprochen starke Pigmentbildung zeigte nur die Hefe Sanfelice lith., bereits nach 3 Tagen trat eine deutliche schokoladenbraune Verfärbung des Nährbodens auf, die am 5. Tage schokoladenbraun wurde und dann an Intensität nicht mehr zunahm. Die übrigen Hefen veränderten weder die Farbe des Nährbodens noch ihre eigene in irgend einer Weise.

Die Gärung beobachteten wir in flüssiger Bierwürze und in festem Bierwürzagar in Stichkultur. Sehr starke Gasbildung zeigte nur Saccharom. canis Sanfelice, die im festen Nährboden ein starkes Auseinandertreiben

Digitized by Google

bewirkte, während die übrigen leichte Gährungserscheinungen in Form von Gasbildung in flüssigem Nährboden aufwiesen. Zu erwähnen ist noch, daß der flüssige Nährboden mit Paraffin überschichtet war, um eventuelles anärobes Wachstum zu beobachten.

Ein Vergleich zwischen den früheren Ergebnissen und unseren Versuchon zeigt die interessante Tatsache, daß ein Teil der Hefen an Pathogenität in keiner Weise abgenommen hat.

Zunächst die Greifswalder Hefe, die vorher toxisch für Ratten und weiße Mäuse war, tötet nach wie vor binnen kurzem fast alle weißen Mäuse und ruft typische Erkrankungsherde bei Meerschweinchen nach subkutaner Injektion hervor. Von ihrer Toxizität verloren scheint die Hefe Curtis zu haben, die eigentlich nur noch nach intravenöser Injektion bei Mäusen wirksam war. Sehr interessant ist Saccharom. lithogenes Sanfelice, die weiter stark toxisch ist und vor allem in ausgeprägtester Weise die schon bei der Entdeckung beschriebene Membran im Körper bildet. Über das Wesen der Membranbildung sind noch eingehendere chemische Untersuchungen im Gange. Was die zweite von Sanfelice gezüchtete Hefe betrifft, so hatte sie primär ein schwaches toxisches Vermögen für Ratten und Mäuse, und hat jetzt noch etwas von dieser Toxizität bewahrt. Ebenso ist in dem Verhalten der Läderichschen Hefe eine Abschwächung zu bemerken. Was endlich die Pigmentbildung anbetrifft, so hat sie sich in ihrer Stärke unverändert erhalten.

So zeigt sich, daß diese Gruppe der Krankheitserreger von großer Lebenskraft und Resistenz ist. Erwähnt sei, daß auch getrocknete, von Prof. Buschke aufgehobene Kulturen noch nach 20 Jahren sich züchten und auf Tiere übertragen ließen, Versuche, die Buschke selbst angestellt aber nicht ausführlich berichtet hat. Für die Verbreitung der bei Tieren epidemisch vorkommenden Blastomykosen dürften diese Beobachtungen auch praktisch wichtig sein.

Literatur.

Bellei und Collina, Über das pathogene Vermögen von Blastomyzeten. Zieglers Zbl., 1905. — Buschke, Die Blastomykose. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 68, S. 416, Bd. 69, S. 210. — Buschke, Die Blastomykose. Bibliotheca medica, Abt. Derm. Nägele, Stuttgart 1902. — Buschke, Hautblastomykosen usw., Mraček-Handbuch d. Hautkrkh. — Buschke, Die Sproßpilze. Kolle-Wassermann-Handbuch d. path. Mikroorganismen, 1912, Bd. 5, 2. Aufl. (hier ausführl. Literatur). — Busse, Über path. Hefen Lubarsch-Ostertag, 1900. — Busse, Kolle-Wassermann, 1. Aufl., Die Sproßpilze. — Casagrandi, Über einige Ursachen der Nichtkultivierbarkeit der in den tierischen Organismus eingeimpften Blastomyzeten. Zbl. f. Bakt., 1898, Bd. 24, S. 755. — Curtis, Contribution à l'étude du Saccharomycose humaine. Ann. Pasteur, 1896. — Duval und Läderich, Contribution à l'étude de Blastomycose. Arch. de Parsitol., Paris 1910. — Jensen, Über die Entwicklung der durch subkutane Einimpfung von Saccharom. neoformans (Sanfelice) hervorgerufenen Knötchen. Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkh., 1903, Bd. 45, S. 298. — Sanfelice, Über die pathog. Wirkung der Blastomyzeten. Abhandl. 1—7, Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkh., 1895—1906.

Digitized by Google

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Lemberg
(Vorstand: Prof. Dr. W. Lukasiewicz).

Über Farbenversuche und Farbenmodifikationen bei Ausflockungsreaktionen zur Serodiagnose der Syphilis.

Von

Dr. H. Mierzecki, Assistent.

Farbenversuche bei Ausflockungsreaktionen hat Meinicke (1) (2) bei seiner Kochsalzmethode angestellt, wobei ihm als Ziel Farbenreaktionen vorschwebten: Lipoide mit Fettfarben, das Serum mit Eiweißfarben zu färben. Die Resultate seiner Versuche waren nicht zufriedenstellend, so daß Meinicke, der mit Scharlachrot, Sudan III und IV, Bordeauxrot arbeitete, weitere Versuche mit seiner Methode als aussichtslos unterließ und den lipoiden Charakter der bei seiner Reaktion entstehenden Flocken anzweifelte. Die Versuche Joels (3) mit Osmiumsäure bei MR und Tannenbergs (4) bei der SGR führten zu ähnlichen negativen Ergebnissen. Auch Dold (5) erreichte bei seiner Reaktion keine Farbenmodifikation. Über erfolgreiche Farbenversuche bei Ausflockungsreaktionen berichten dagegen zugleich Hecht (6) und ich (7) und mit Sudan bei der SGR Kafka (8), nachher Paul Eppstein (9), Niederhoff (10), Mandelbaum (11), Tannenberg (12) u. a. haben den lipoiden Charakter der alkohollöslichen Flocken festgestellt. Overton (13) und Moellerdorf (14) dagegen gelangten in ihren systematischen und genauen Experimenten zur Auffassung, daß Lipoide die Fähigkeit besitzen, Farbstoffe aus wässerigen und alkoholischen Lösungen herauszuziehen und dieselben aufzuspeichern.

Von dem Gedanken ausgehend, daß dieselbe Auffassung auch für Lipoide der Ausflockungsreaktionen gültig ist, habe ich Farbenversuche mit Sachs-Georgi-, Dold-, Meinicke-DM- und Meinicke-Trübungsreaktion angestellt in der Erwägung, daß auch in diesen Versuchen die Farbstoffe durch die lipoiden Flockungen herausgezogen würden, wobei auch mir als Ziel meiner Untersuchungen Farbenreaktionen resp. Farbenmodiikfationen vorschwebten.

Bei den Versuchen wurden folgende lipoidlösliche Farbstoffe verwendet: Methylviolett, Kristallviolett, Malachitgrün, Auramin, Neutralrot, Safranin, Bismarkbraun, Vesuvin, Sudan III, Nilblausulfat, Nilblauchlorhydrat, Methylengrün, Methylenblau, ferner wurde auch Fuchsin, Eosin und Gentianaviolett verwendet. Für die SGR und Dold-Reaktion wurden als Antigene die Extrakte der Behringwerke, für Meinicke-DM die Extrakte der Adlerapotheke in Hagen und eigene (aus dem Hygienischen Universitätsinstitut Lemberg, Leiter Prof. Dr. Steusing) und für die Meinicke-Trübungsreaktion die Extrakte der Adlerapotheke in Anwendung gebracht.

Digitized by Google

Wichtig war die Feststellung der Konzentration der Farbstofflösungen in den Vorversuchen. Es darf selbstverständlich erstens der Farbstoff nicht von selbst ausfallen, zweitens muß der Farbstoff nur in den positiven Röhrchen ausgefällt werden, auch darf die Farbstofflösung ohne Antigenzusatz nicht zu dicht erscheinen, sie muß im Gegenteil ganz klar und durchsichtig sein.

Sachs-Georgi-Reaktion.

Für den Hauptversuch wurde eine n/1000 0,85 % ige Kochsalzlösung von Safranin Kristallviolett, Methylviolett, Auramin, Malachitgrün, Nilblausulfat, Methylenblau, Fuchsin- und Gentianaviolett und eine n/1000 alkoholische Lösung von Vesuvin, Nilblauchlorhydrat, Neutralrot und Sudan vorbereitet. Von diesen Lösungen wurden 0,01, 0,02, 0,03, 0,04 zu je 0,1 ccm SG-Antigen zugefügt, mit einer engen Pipette gut durchgemischt und mit 0,85 % iger Kochsalzlösung bis 0,6 ccm ergänzt, hierauf wurde 1 ccm zehnfach mit 0,85 % iger Kochsalzlösung verdünntes, vorher durch halbstündiges Erhitzen bei 56° inaktiviertes Serum mit 0,5 ccm Farbstoffkochsalzantigenlösung gemengt. Als Kontrollen wurden erstens sämtliche durch die originale Vorschrift für die SGR vorgeschriebenen Kontrollen, ferner je ein positives und negatives Vergleichsserum wie im Farbstoffhauptversuch behandelt und eine Farbstoffantigenkochsalzemulsion angestellt. Die Röhrchen wurden gut durchgemischt, kamen für 2 Stunden in den Brutschrank bei 37° und blieben sodann durch 20 Stunden bei Zimmertemperatur. Nachher wurden die Resultate mit freiem Auge und Agglutinoskop abgelesen. — Mit bloßem Auge konnte das Resultat in keinem Falle abgelesen werden, auch wenn man das Röhrchen gegen einen weißen Hintergrund hielt.

Im Agglutinoskop dagegen konnte man eine unbedeutende, sehr schwache, kaum sichtbare Anfärbung der Flöckchen in den Röhrchen mit Safranin, Kristallviolett, Methylviolett, Auramin, Malachitgrün, Methylenblau und Gentianaviolett feststellen, eine bedeutendere, aber immerhin schwache Anfärbung der Flockung in den Röhrchen mit Vesuvin, Nilblauchlorhydrat, Nilblausulfat, Neutralrot, Bismarkbraun und Sudan, man sah in gefärbter Lösung schwach gefärbte Flocken schwimmen. Die Farbstoffantigenkontrolle zeigte keine Flockung.

Doldsche Trübungsreaktion.

Ähnlich wie für die SGR wurden die Farbstoffversuche bei der Doldschen Reaktion angesetzt. Auch hier wurden für den Hauptversuch n/1000 Kochsalz- und alkoholische Farbstofflösungen vorbereitet. Von diesen Lösungen wurde 0,02, 0,04, 0,06, 0,08 und 0,1 ccm zu je 0,2 ccm Dold-Antigen zugesetzt, dann mit 0,85 % iger Kochsalzlösung zu 2,0 ccm ergänzt und gut gemischt. 2 ccm dieser Farbstoffantigenemulsion wurden zu 0,4 ccm dem ½ Stunde auf 55° erhitzten Serum zugesetzt, worauf die Röhrchen durchgeschüttelt und Serum, Extraktkontrollen, positives und negatives Vergleichsserum wie im Hauptversuch mit und ohne Farbstoff behandelt, in den Brutofen bei 37° für 4 Stunden gestellt und nachher abgelesen wurden; eine Trübung der positiven Röhrchen war zwar sichtbar, ein wesentlicher Unterschied zwischen der Farbreaktion

Digitized by Google

und originellen Doldschen Reaktion konnte nicht festgestellt werden. Die Ergebnisse nach den weiteren 20 Stunden stimmten vollkommen mit den Ergebnissen der Farbstoff-SGR überein und zwar: eine unbedeutende Anfärbung der Flocken wurde in den Röhrchen mit Safranin, Kristallviolett, Methylviolett, Auramin, Malachitgrün, Methylenblau und Gentianaviolett, eine bedeutendere dagegen, aber immerhin schwache Anfärbung der Flocken an den Röhrchen mit Vesuvin, Nilblauchlorhydrat, Nilblausulfat, Neutralrot, Bismarckbraun und Sudan festgestellt. Man sah also auch hier in gefärbter Lösung schwach gefärbte Flocken schwimmen, die im Agglutinoskop sichtbar wurden. Auch hier konnte das Resultat nicht mit bloßem Auge abgelesen werden. Es konnte somit weder bei der SGR noch bei der Dold-Reaktion eine brauchbare Farbenmodifikation erzielt werden. Wenn wir unsere Ergebnisse mit denen von Moellerdorf bei den Messungen der Fähigkeit der Lezithinxylollösung, die Farbstoffe aus wässerigen Lösungen herauszuziehen, vergleichen, so finden wir, daß gerade die stärker flockenfärbenden Farbstoffe schwach lipoidlöslich sind. Während z. B. 2 % Lezithinxylol aus n/10000 wässeriger Safraninlösung n/4000 Safranin adsorbierte, so adsorbierte dieselbe Lezithinlösung aus einer n/10000 Nilblausulfatlösung kaum n/50000 Nilblau und aus einer n/10000 Neutralrotlösung n/50000 Neutralrot.

Meinicke-DM-Reaktion.

Zu Farbenversuchen bei der Meinicke-DM-Reaktion wurden folgende Farbstoffe verwendet. In wässeriger Lösung: Safranin, Kristallviolett, Methylviolett, Auramin, Malachitgrün, Nilblausulfat, Methylenblau, Gentianviolett, Giemsa, sodann Fuchsin, Eosin und Wasserblau; in alkoholischer Lösung: Vesuvin, Nilblauchlorhydrat, Neutralrot und Sudan.

Für den Hauptversuch wurde 0,1 ccm Antigen (Adlerapotheke Hagen, Nr. 33 und 35) mit 0,01, 0,02 und 0,03 ccm der obengenannten n/1000 wässerigen resp. alkoholischen Farbstofflösungen versetzt und nachher das Gesamtvolumen bis 0,15 ccm mit Aqua dest. ergänzt, dann nach einer Stunde Stehenlassen schnell mit 0,7 ccm einer 2 %igen Kochsalzlösung vermengt. Von dieser Farbstoffantigenemulsion wurde 0,8 ccm zu 0,2 ccm mindestens eine Stunde vorher für 15—30 Minuten bei 55° erhitztem Serum zugefügt. Die Röhrchen wurden nach Umschütteln für 12 Stunden bei 35° in den Brutschrank gebracht und nachher abgelesen. Auch hier stimmten im allgemeinen die Ergebnisse mit denen der SGR überein, eine sehr schwache Anfärbung der Flocken in den Röhrchen mit Safranin, Kristallviolett, Methylviolett, Auramin, Malachitgrün, Gentianaviolett, Eosin, Giemsa, Wasserblau und Fuchsin, eine intensivere in denen mit Vesuvin, Bismarkbraun, Neutralrot und Sudan, eine sehr intensive Anfärbung mit Nilblausulfat war mit bloßem Auge sichtbar.

Die Ergebnisse mit der wässerigen Nilblausulfatlösung zeigten mir die Möglichkeit, zu einer Farbenmodifikation zu gelangen. Mit der Nilblausulfatlösung erreichte ich ein intensives Anfärben der Flocken bei einem gleichseitigen schwächeren Anfärben der Flüssigkeit. Da dieser Zustand mit der Änderung der Konzentration nicht zu beheben war und somit eine komplette Entfärbung der ebenstehenden Flüssigkeit bei gleich-

Digitized by Google

zeitiger Anfärbung der Flocken sich als nicht aussichtsreich zeigte, stellte ich Versuche mit kombinierten Farbstofflösungen an und gelangte so zu einer brauchbaren Farbenmodifikation der Meinicke-DM-Reaktion.

Farbenmodifikation der Meinicke-DM-Reaktion.

Technik: Es wird eine wässerige n/1000 Nilblausulfalstammlösung und eine 2%ige Kochsalz- n/10000 Safraninstammlösung vorbereitet. Für den Hauptversuch wird die Safraninlösung mit 2%iger Kochsalzlösung zu 1:30000 verdünnt.

Hauptversuch: 0,1 ccm des Meinicke-DM-Antigens wird mit 0,02 ccm der wässerigen n/1000 Nilblausulfatlösung und nachher mit 0,03 ccm Aq. dest. verdünnt und gut durchgemischt, dann nach 1 Stunde Stehenlassen wird schnell dieser Antigenemulsion 0,7 ccm der 2%igen Kochsalzsafraninlösung (1:30000) zugefügt. Mit dieser so zubereiteten Antigenverdünnung wird der Hauptversuch nach Meinickescher Vorschrift für DM-Reaktion angestellt, indem zu 0,2 ccm bei 15—30 Minuten bei 55° inaktivierten Serum 0,8 ccm der Extraktverdünnung zugefügt. Die Agglutinationsröhrchen, die jetzt eine homogen trübe, rötlichblaue Flüssigkeit zeigen, werden gut durchgeschüttelt und durch 12 Stunden im Brutschrank bei 35° gehalten und nachher das Resultat abgelesen.

Die luespositiven Sera zeigen dann dem bloßen Auge eine dunkel rötliche Aufhellung der Flüssigkeit, bei tiefblauem flockigem Niederschlag. Die negativen Sera dagegen bewahren ihre rötlichblaue homogene Trübung ohne Flockung und Niederschlag. Die Ablesung soll in der Regel nach 12 Stunden geschehen, kann aber bedeutend früher abgelesen werden. Die Modifikation wurde mit eigenem Antigen und dem aus der Adlerapotheke in Hagen angestellt, die Erfolge waren zufriedenstellend.

Als Vorteil meiner Farbenmodifikation wäre das bequemere Ablesen der Resultate, wobei eine größere Übereinstimmung mit der WR (± Fälle) beobachtet werden konnte.

Meinicke-Trübungsreaktion.

Zunächst wurden Versuche mit der Meinicke-Trübungsreaktion angestellt. Zu den Versuchen wurden folgende Farbstoffe verwendet: Safranin, Methylviolett, Auramin, Vesuvin, Sudan, Methylenblau, Nilblauchlorhydrat, Nilblausulfat, Neutralrot. Auch mußte zuerst die entsprechende Farbstoffkonzentration festgestellt werden, da mir schon die Vorversuche zeigten, daß die Farbstoffkonzentration der DM-Reaktion für die Trübungsreaktion nicht verwendet werden kann, bei dieser Konzentration erfolgte nämlich ein Niederschlag in allen Röhrchen, sowohl in den positiven wie auch in den negativen. Es wurde daher Safranin, Methylenblau und Auramin in 2%igen Kochsalzlösungen 1:200000 bis 1:400000 Nilblausulfat in 2%igen Kochsalzlösungen 1:400000 bis 1:600000 verwendet. Nilblauchlorhydrat dagegen, Neutralrot, Vesuvin und Sudan wurden als alkoholische Lösungen n/1000 vorbereitet und nachher mit 2% Kochsalzlösungen zu 1:400000 bis 1:6000000 verdünnt und als solche im Versuche gebraucht. Die Versuchsanordnung der Meinickeschen Trübungsreaktion wurde streng eingehalten, und zwar

Digitized by Google

wurden der Extrakt 2 % iger Kochsalzlösung, in welchem der entsprechende Farbstoff gelöst war, sowie die zur Extraktverdünnung nötigen Gefäße im Brutschrank vorher bei 37° vorgewärmt. Nachher wurde rasch die Extraktverdünnung zubereitet, indem man rasch zu 0,1 ccm Extrakt 0,9 ccm 2 % ige Farbstoffkochsalzlösung zusetzte und gut durchmischte. Ferner wurde 1 ccm der bereits vorbereiteten Antigenfarbstoffkochsalzlösung rasch zu 0,4 ccm des bei 37° eine halbe Stunde im Wasserbade inaktivierten Serums zugefügt. Nach gutem Durchschütteln wurden die Röhrchen in den Brutschrank für 3 Stunden gestellt. Die Ablesung fand nach 1, 2 und 3 Stunden statt.

Eine Beeinflussung der Trübung wurde nicht festgestellt, jedoch konnte in allen positiven Röhrchen, mit sämtlichen Farbstoffzusätzen ein Farbenniederschlag festgestellt werden. Es wurde mir klar, daß man mit Farbstoffen zwar die Trübung bei der Trübungsreaktion nicht, wohl aber die Flockung beeinflussen kann. Es wurden daher Versuche angestellt, um eine brauchbare Farbenniederschlagsreaktion zu erhalten. Die Vorversuche zeigten mir, daß der zu diesem Zwecke geeignete Farbstoff das Safranin wäre, und dieser Farbstoff wurde auch am besten durchgearbeitet und nachher zur Farbenflockungsreaktion verwendet.

Farbenflockungsmodifikation der Meinicke-Trübungsreaktion.

Technik. Farbstofflösung: 0,1 ccm Safranin wird in 1000 ccm 2 % iger Kochsalzlösung gelöst und als Stammlösung benutzt. Für den Hauptversuch wird die Farbstoffkochsalzstammlösung bis 1 : 300000 verdünnt, wobei beachtet werden muß, daß keine Farbstoffpartikelchen ungelöst bleiben. Ohne vorheriges Anwärmen des Extraktes, der Kochsalzlösung und der Gefäße im Brutschrank wird 0,1 ccm Balsam-Extrakt mit 0,9 ccm der bereits vorbereiteten Safraninkochsalzlösung (1 : 300000) verdünnt, mit der Pipette gut durchgemischt. Ferner wird 1 ccm dieser Extraktverdünnung rasch zu 0,4 ccm der bei 37° 15 Minuten im Wasserbade inaktivierten Serums zugefügt, nach gutem Durchschütteln werden die Röhrchen, die eine homogene trübe Flüssigkeit darstellen, im Wasserbad bei 37° 30 Minuten lang erwärmt und nachher bei Zimmertemperatur für weitere 30, 60 Minuten und 3 Stunden belassen.

Die Ablesung findet als Flockenniederschlagsreaktion mit bloßem Auge statt. Die positiven Sera zeigen einen kleinen, unverkennbaren roten Niederschlag nach 30 Minuten Zimmertemperatur (oft schon nach dem Wasserbade). Nach 1 Stunde Zimmertemperatur kann oft mit bloßem Auge auch die disperse Flockung, sonst mit Lupe abgelesen werden. Nach 3—4 Stunden Zimmertemperatur tritt in den stark positiven eine Aufhellung der Flüssigkeit, die schwach positiven dagegen zeigen nur einen Niederschlag, die Aufhellung und disperse Flockung kann sogar ganz fehlen. Die negativen Röhrchen zeigen weder Niederschlag, noch Aufhellung, noch disperse Flockung. Bei nicht entsprechender Konzentration, nicht ganz reiner Kochsalzlösung und beschmutzten Röhrchen findet ein unbedeutender Niederschlag auch in den negativen Röhrchen statt, der aber von dem charakteristischen luetischen Niederschlag sehr leicht zu unterscheiden ist. Als Kontrollröhrchen werden ein positives und ein

Digitized by Google

negatives Serum wie oben behandelt und eine reine Farbstofflösung angestellt. Die Farbstoffkochsalzantigenemulsion gibt ohne Serumzusatz einen farbigen Niederschlag. Ein exaktes, reines Arbeiten in Agglutinationsröhrchen ist eine Hauptbedingung einer gut gelungenen Reaktion.

Die Farbenflockungsreaktion wurde am luetischen Material unserer Klinik ausprobiert, die bisherigen Erfolge lauten durchweg ermutigend, die weiteren Untersuchungen werden über die Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit beider Farbenmodifikationen entscheiden.

Vorteile meiner Farbenflockungsreaktion wären

1. das Resultat wird nach 1 Stunde (öfters früher), spätestens nach 3 Stunden als Niederschlagsreaktion abgelesen,
2. die Ablesung geschieht mit bloßem Auge,
3. das Vorwärmen der Antigene, Kochsalzlösung und Gefäße im Brutschrank entfällt,
4. der 2—3stündige Brutschrankaufenthalt wird durch einen 30 Minutenaufenthalt im Wasserbad und nachherigen Zimmeraufenthalt vertreten [1]),
5. der kostspielige Brutschrank wird durch das billigere und bequemere Wasserbad ersetzt,
6. die Trübung, ein relativer Maßstab Sachs (15) wird durch sichtbare Flockung und Niederschlag, ein absolutes Kriterium ersetzt.

Die angesetzten und durchgeführten Farbenversuche geben somit folgende Ergebnisse:

Die lipoidlöslichen Farbstoffe färben die bei der Sachs-Georgi- und Dold-Reaktion entstehende Flockung, jedoch nicht in diesem Maße, daß sie zu Farbenreaktionen verwendet werden können.

Die lipoidlöslichen Farbstoffe fördern nicht die Trübung der Dold-Reaktion und Meinicke-Trübungsreaktion.

Die lipoidlöslichen Farbstoffe färben die bei der Meinicke-Reaktion entstehenden Flocken und geben bei der Trübungsreaktion einen farbigen Niederschlag.

Der Einfluß der Farbstoffe auf die Meinicke-DM- und Trübungsreaktion ist ein derartiger, daß er brauchbare Farbenreaktionen gibt.

Meine Farbenmodifikation der Meinicke-DM-Reaktion verfeinert die Reaktion und bietet ein bequemeres Ablesen.

Meine Farbenflockungsmodifikation vereinfacht und verkürzt die Meinicke-Trübungsreaktion und dürfte als bequeme, billige und auch dem praktischen Arzte ohne spezielle serologische Ausbildung zugängliche Methode von Nutzen für die Diagnostik der Lues sein.

Ein Anfärben der Flocken bei kompletter Entfärbung der Flüssigkeit war in keinem Falle, mit keinem Farbstoffe und bei keiner Reaktion zu erreichen.

Die Anfärbung der Flocken steht in keinem Verhältnisse zur Adsorption der Farbstoffe durch Lipoide.

---

[1]) Anmerkung während der Korrektur: Inzwischen ist auch Meinicke zur Zimmertemperatur übergegangen (Dr. Kruchen, Derm. W., Bd. 77, Nr. 31). Nebenbei sei bemerkt, daß ich meine Modifikationen in der Jahresversammlung der Poln. Derm. Gesellschaft (19. Mai 1923) vorgeführt habe.

Digitized by Google

Literatur.

1. Meinicke, Zschr. f. Immun.-Forsch., Bd. 27, H. 4. — 2. Meinicke, Zschr. f. Immun.-Forsch., Bd. 28, H. 3—5. — 3. Joel, Zschr. f. Immun.-Forsch., Bd, 29, H. 3—5. — 4. Tannneberg, Zschr. f. Immun.-Forsch., Bd. 32, H. 5. — 5. Dold, Klin. Wschr., 1922, H. 24. — 6. Hecht, M. Kl., 1922, H. 15. — 7. Mierzecki, Polska Gazeta lekarska, 1622, H. 17 und Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., H. 6, S. 288. — 8. Kafka, Derm. W., 1922, Nr. 20. — 9. Paul Eppstein, D. m. W., 1922, H. 3. — 10. Niederhoff, M. m. W., 1921, H. 11. — 11. Mandelbaum, M. m. W., 1920, H. 33. — 12. Tannenberg, Ebenda. — 13. Overton, Jahrb. f. wissenschaftl. Botanik, 1912. — 14. Moellerdorf, Arch. f. mikrosk. Anat. — 15. Sachs, D. m. W., 2922, H. 27.

Paraurethritis und Folliculitis non gonorrhoica.

Von

Prof. Dr. Ludwig Waelsch in Prag.

22jähr. Kaufmann. Die Affektion am Glied besteht seit einem halben Jahre. Er bemerkte damals, wenige Tage nach dem letzten Koitus, ein mäßig schmerzhaftes „Wimmerl" von der Größe einer kleinen Erbse. Ein zu Rate gezogener Arzt „wußte nichts damit anzufangen", erklärte es für harmlos und empfahl abzuwarten. Nach einigen Tagen war die Affektion so weit zurückgegangen, daß sich Pat. nicht mehr um sie kümmerte. Vor 2 Monaten trat sie neuerlich auf, ohne daß ein Koitus vorausgegangen wäre. Es bildete sich wiederum ein kleinerbsengroßes, mäßig schmerzhaftes Knötchen an derselben Stelle, das unter Zunahme der Schmerzhaftigkeit sich langsam vergrößerte und vor ungefähr 14 Tagen von selbst aufbrach. Es entleerte sich eine geringe Menge dünnen Eiters. Seit dieser Zeit fistelt die Affektion. Pat. war nie geschlechtskrank, hatte speziell nie Tripper.

Status praesens vom 2. V. 1923. Hypospadie leichten Grades. An der Spitze der Glans kurzer Blindsack; an ihrer Unterfläche seichte Furche, die an der $1^1/_2$ cm hinter der Eichelspitze gelegenen Harnröhrenmündung endet. Ungefähr in der Mitte der Furche $^1/_2$ cm langer paraurethraler Gang mit stecknadelspitzgroßer Öffnung. Rechts von der Harnröhrenmündung, in einer Entfernung von 1 cm, an der Ansatzstelle des nur wenig entwickelten Präputiums eine hirsekorngroße Öffnung am medianen Ende eines geröteten strangförmigen, druckschmerzhaften, mit der Haut über der Unterlage verschieblichen, ungefähr 1 cm langen Gebildes. Aus dieser Öffnung entleert sich auf Druck ein kleiner Sekrettropfen von gelblichweißer Farbe, der neben Epithelien zahlreiche polynukleäre Leukozyten mit zahlreichen Stäbchen enthält, die vorwiegend intrazellulär gelegen sind. Sie bilden Häufchen, sind oft auch staketenförmig aneinander gelagert, grambeständig und zeigen bei Methylenblaufärbung deutliche Polfärbung. Sie müssen demnach als in die Gruppe der Pseudodiphtheriebazillen gehörig angesprochen werden. Aus der Harnröhre kein Sekret. Der frisch entleerte Morgenharn ist vollkommen normal.

Nach Betupfung der kleinen Öffnung mit Jodtinktur und Umschlägen mit essigsaurer Tonerde heilte die Erkrankung innerhalb 10 Tagen. Es blieb dann eine kleine Öffnung zurück, durch die man mit einer feinen Sonde in einen ungefähr $^1/_2$ cm langen Blindgang gelangte, der wohl als paraurethraler Gang gedeutet werden mußte. Solche Gänge kommen bekanntlich bei Hypospadie häufig vor.

Es handelte sich also hier um eine Erkrankung eines paraurethralen Ganges, die wir in vollkommene Analogie setzen müssen zu der sogenannten Folliculitis gonorrhoica und gonorrhoischen Erkrankung eines derartigen Ganges, wie sie von Touton, F. J. Pick, Jadassohn u. a. A. beschrieben wurde.

Das ausschließliche Vorkommen der erwähnten Pseudodiphtheriebazillen in dem eitrigen Sekret läßt uns wohl in diesen den Erreger der

Digitized by Google

Erkrankung erblicken, zumal von Bärmann, Galewsky, Grosz u. a. A., und von mir selbst „nichtgonorrhoische Urethritiden“ mit demselben Erreger beschrieben wurden, den Pfeiffer auch als Bewohner der normalen Harnröhre nachgewiesen und gezüchtet hat. Ebenso wie diesen Urethritiden und im Gegensatz zur „chronischen nichtgonorrhoischen Urethritis“, wie ich sie seiner Zeit beschrieben habe, kommt auch dieser paraurethralen Erkrankung ein verhältnismäßig kurzes Inkubationsstadium zu. Von besonderem Interesse ist, daß trotz langen Bestandes der Erkrankung die Harnröhre nicht infiziert wurde, eine Beobachtung, die auch bei Paraurethritis gonorrhoica mehrfach gemacht wurde. (Reichmann, eigene Beobachtung.)

Bei nichtgonorrhoischer Urethritis (ganz allgemein gesprochen) wurden bisher alle Komplikationen beobachtet, die bei gonorrhoischer vorkommen. Der hier veröffentlichte Fall ergänzt diese Beobachtungen durch das bisher noch nicht beschriebene Bild einer nichtgonorrhoischen Follikulitis und Paraurethritis.

Versammlungen.

Nürnberger Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Juni 1923.

Bernkopf: **Herpes zoster** mit Beteiligung der Mundschleimhaut.

Katz: 1. **Pemphigus vulgaris** der Mundschleimhaut. 41jähr. Frau, 1914 gleiche Erkrankung. Glatte Narben an der rechten Wangenschleimhaut; die vordere Zungenhälfte nur noch zu einem kleinen Teil mit Papillen bekleidet, im übrigen vollkommen glatt, narbig. An Zungenspitze, Zungenrand und rechtem Kieferwinkel unregelmäßig begrenzte Erosionen mit gelblich-weißen Belägen, seit 14 Tagen bestehend. Auf 10%ige Trypaflavinpinselung Besserung.

2. **Parapsoriasis** vom Typ der Erythrodermie en plaques disséminées. 43jähr. Frau, Lokalisation an Hals, Armen, Seitenteilen des Rumpfes und Beinen. Seit einem Jahre durch die Therapie unbeeinflußt. Ausgesprochene Hypofunktion des Schweißdrüsenapparates. Auf 0,01 Pilokarpin wiederholt keine Schweißsekretion; nach 0,02 starke Schweißausbrüche, die sich in den nächsten Tagen wiederholen. Deutlicher Rückgang der Erscheinungen unter kleinlamellöser Schuppung.

3. **Erythema multiforme.** 21jähr. Mann, drittes Rezidiv innerhalb eines halben Jahres. Trotz interner Salizyltherapie weitere Ausbreitung. An Unterarmen und Händen (auch Volarflächen) sämtliche Formen nebeneinander sichtbar, leichte Schmerzen der Ellenbogengelenke. Auf 5 ccm Atophanyl i. v. plötzlicher Stillstand und Rückgang.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'urologie.

April 1923, Bd. 15, Nr. 4.

Die Hyperurikämie, Studie über die hauptsächlichen Bedingungen für die Harnsäureretention (L'hyperuricémie, étude des principaux facteurs influençant la rétention de l'acide urique), von E. Jeanbrau, P. Cristol und S. Nikolitch-Montpellier. S. 249—263. Man kann vier Faktoren unterscheiden, die eine Hyperurikämie bedingen:

Digitized by Google

1. einen endogenen, vom Gewebe ausgehenden, 2. Impermeabilität der Nieren für die stickstoffhaltigen Substanzen, 3. Gefäßstörungen, die die Wasserausscheidung beeinträchtigen, und 4. mechanische Hindernisse (Prostatahypertrophien und Strikturen), die eine chronische Urinretention und Ausdehnung der Blase und Ureteren zur Folge haben. Die Hyperurikämie aus den beiden letzteren Ursachen verschwindet mit der Behebung des Grundleidens, Behebung der Herzinsuffizienz, Zystostomie usw. Die Erhöhung der Harnsäurewerte im Blut ist ein sehr frühzeitiges Symptom, das die Stickstoffbestimmung ergänzt und neben ihr stets zur Diagnose herangezogen werden sollte.

Komplikationen von seiten der Harnorgane bei Beckenbrüchen. Zwei Fälle: Platzen der Blase; Riß der Urethra in der Pars membranosa (Complications urinaires des fractures du bassin. Deux cas: éclatement de la vescie; rupture de l'urètre membraneux), von P. Guibal. S. 265—274. Komplikationen von seiten der Harnorgane bei Beckenbrüchen sind relativ selten; der Verf. hat sie unter 7 Fällen des letzten Jahres nur zweimal beobachtet und immer gerade bei gutartigen Fällen. Blasenrisse liegen häufiger extra- als intraperitoneal und kommen durch Einbohren eines Knochenstücks, durch Abriß des Ligamentum pubo-vesicale oder durch Platzen der gefüllten Blase zustande. Zerreißungen der Urethra in der Pars membranosa sind die Folge einer Zerreißung des Ligamentum Carcassoni, weil diese Aponeurose eng mit der Urethra verbunden ist. Die Symptome solcher Komplikationen können sehr deutlich sein, sind aber bisweilen von anderen überlagert. Bei intraperitonealem Blasenriß ist eine erhebliche Bauchmuskelspannung neben den gewohnten Zeichen einer Beteiligung des Peritoneums zu beobachten, doch muß man bedenken, daß auch ohne solche Komplikation schon der Bluterguß bei Beckenbrüchen derartige Symptome hervorrufen kann. Bei extraperitonealem Blasenriß kommt es zu ausgedehnten Urininfiltrationen in das Cavum Retzii, in das subperitoneale Gewebe der Fossae iliacae, in die großen Schamlippen bzw. das Skrotum, unter die Haut des Abdomens und die Oberschenkel. Hier fördert der Katheter, der die Urethra leicht passiert, tropfenweise blutig gefärbten Urin zutage, bei Druck auf die Stellen der Infiltration ergießt er sich reichlicher, die Rektaluntersuchung ergibt eine diffuse Infiltration im Beckenraume. Beim Riß der Urethra membranosa: prall gefüllte, schmerzhafte Blase, Harndrang ohne die Möglichkeit, urinieren zu können; Perineum weich, schmerzlos, weist Ekchymose auf; Skrotum schwarz, leicht infiltriert. Rektaluntersuchung ergibt Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Bereiche der Prostata. Bei Blasenrissen suprapubische Operation; zweizeitiges Vorgehen bei Rissen der Urethra: sofortige kleine Zystostome und Einlegen eines Pezzerkatheters Nr. 20, eventuell nur Entleerung der Blase mittels Punktion. Dann — spätestens am 5. Tag, wenn der Chok vorüber ist — Operation des eigentlichen Risses mittels querer Perineotomie. Zwei instruktive Krankengeschichten vervollständigen die Abhandlung.

Die Urethrozele bei der Frau (L'urétrocèle chez la femme), von M. Lebrun. S. 275—294. Es gibt wahre und falsche Urethrozelen bei der Frau; jene stellen Ausbuchtungen der Harnröhre mit normaler Wandbekleidung dar, diese sind die Folge eines chronischen periurethralen Abszesses, einer Zyste, eines Hämatoms usw. Die Urethrozele ist bisweilen kongenitalen Ursprungs, die häufigste Ursache ist die Schwangerschaft. Auch Infektionen spielen eine große Rolle, ebenso wie Verengerungen an der Harnrohrenmündung, wie sie auch bei weiblicher Blennorrhoe häufiger als man vermutet vorkommt. Die Verengerung kann auch durch Narbenbildung nach einem Schanker oder nach einem Lupus oder Trauma bedingt sein, selten durch Varikositäten, wie ja die Vaskularisation, die man an den Taschen öfters sieht, sekundären Ursprungs zu sein pflegt. Manche Urethrozelen schließlich entstehen auf Grund von Urethralsteinen. Die Symptome bestehen in einer postmiktionellen Inkontinenz, die bei längerer Dauer zu Zystitis führen kann, in schmerzhaften Krisen, wobei die Schmerzen in der Vulva und den Schenkeln lokalisiert werden können, und in Schmerzen beim Koitus und beim Sitzen. Objektiv findet man — meist in der Medianlinie — einen in die Vagina bzw. Vulva vorgewölbten, bisweilen sogar leicht gestielten Tumor, der sich zurückdrücken läßt, wobei sich etwas Urin entleert. Die Entscheidung, ob es sich um eine einfache Erweiterung der Urethra oder eine sackförmige Ausstülpung handelte, läßt sich durch Palpation von der Vagina bei gleichseitigem Tuschieren der Harnröhre mittels eines abgebogenen Katheters treffen, noch deutlicher durch eine Urethroskopie. Meist ist die Schleimhaut der pathologischen Stelle entzündet, geschwollen mit Ekchymosen versehen, mit Fibrinfetzen, Eiter oder kleinen Steinchen belegt. Der Verlauf ist häufig ohne große Beschwerden. Die Urethrozele wird meist als Nebenbefund bei

Digitized by Google

einer gynäkologischen Untersuchung entdeckt, manche Patientinnen kennen ihr Leiden und drücken nach der Miktion selber die Tasche aus.

Methode, einen Kurzschluß in einem Zystoskop zu erkennen (Façon de reconnaître un court-circuit dans un cystoscope), von J. Martin. S. 295. Die Methode beruht auf der Herstellung eines Stromkreises, der aus dem zu prüfenden Zystoskop, den beiden Leitungsschnüren und einem sicher funktionierenden zweiten Zystoskop besteht. Prüfung durch Einleiten des Stromes in diesen Stromkreis von dem funktionierenden Instrument aus.

Mai 1923, Bd. 15, Nr. 5.

Die chronischen schmerzhaften Beckenureteritiden und ihre Behandlung (Les urétéritides pelviennes chroniques douloureuses et leur thérapeutique), von Rochet und Thévenot. S. 337. Die aszendierenden Ureteritiden im Beckenteile des Harnleiters können lange Zeit auf diese Gegend beschränkt bleiben. Ihr Ursprung rührt von alten Blasenentzündungen oder vom Kontakt des Ureters mit anderen entzündlich veränderten Organen des Beckens, besonders bei der Frau, her. Sie sind häufig nicht schmerzhaft, verursachen aber doch bisweilen geradezu Koliken und haben bei klarem Urin, zumal wenn das Leiden länger besteht, manchmal direkt Nephritiden im Gefolge. Die Schmerzen beruhen entweder auf der Ausbildung einer Periureteritis, auf einer Kompression des Harnleiters durch entzündete benachbarte Beckenorgane (Uterus, Adnexe usw.), die ihn gleichsam einmauern können, oder auf einer Neuritis der sympathischen Geflechte.

Postoperative renale Hämorrhagien (Hémorragies rénales post-opératoires), von A. Jianou. S. 350. Es bestehen zwei Arten von Hämorrhagien nach Nephrotomie: primäre, die wenige Stunden oder noch im Laufe desselben Tages einsetzen und arteriellen Ursprungs sind, und Spätformen, die in den ersten 5—12 Tagen nach der Operation beginnen und venöser oder arterieller Natur sind. Während manche Autoren diese letzteren als Folge von Infarkten auf Grund von Infektionen oder als zirkulatorische Störungen ansehen, glaubt Jianou, daß die Hämorrhagien nach Nephrotomien auf die Durchschneidung intrarenaler Gefäße zurückzuführen seien, und daß in dem Augenblick, wo die Nierennaht ausfällt, sich auch infolge einer Infektion die Blutthromben, die sich gebildet haben, lösen können. Um diesen Hämorrhagien vorzubeugen, empfiehlt er daher eine U-förmige fortlaufende Naht, die die Schnittfläche fest mit faßt. Die Fadenenden benutzt er gleichzeitig zur Fixation des Organs an die Abdominalwand.

Die Urethrozele bei der Frau (L'urétrocèle chez la femme), von M. Lebrun. S. 359. Differentialdiagnostische Erwägungen betreffen vor allem den Ausschluß einer Zystozele, zystischer Bildungen der vorderen Scheidenwand, Blut- und Drüsenzysten, Zysten der Skeneschen Gänge und vaskulären Tumoren, wie sie als bisweilen erhebliche Varizenbildungen besonders bei Frauen, die oftmals geboren haben, vorkommen. Schwierigkeiten in der Abgrenzung von Abszessen können sich dann geltend machen, wenn die Urethrozele infiziert ist. — Die Behandlung kann manchmal in Austupfungen der Höhle mit Silbernitrat bestehen, für die Mehrzahl der Fälle kommt nach der Ansicht auch der meisten anderen Autoren ein chirurgisches Vorgehen in Betracht. — 41 Krankengeschichten.

Neoplasma einer sehr erheblichen Hydro-Pyonephrosis calculosa (Néoplasme développé sur une très volumieuse hydro-pyonéphrose calculeuse), von G. Marion. S. 377. 48jähr. Patientin, deren Nierentumor ursprünglich für eine Splenomegalie gehalten worden war. Nephrektomie, Heilung. Im Nierenbecken fand sich ein Stein in der Gegend des Ureterabgangs festgeklemmt. Dieser Stein hat wahrscheinlich zunächst die Entstehung der Hydronephrose verursacht, auf deren Basis sich dann das Neoplasma, ein Epitheliom, und die Infektion ausgebildet haben.

Ein neues operatives Verfahren zur Behebung der Phimose; die konservative Posthektomie (Un nouveau procédé opératoire pour la cure du phimosis: la posthectomie conservatrice), von V. Doiteau. S. 379. Kosmetisch gutes Resultat. Das innere Vorhautblatt wird nicht nach außen umgestülpt, im nichterigierten Zustand des Penis bedeckt der erhalten gebliebene Präputialrest die hinteren zwei Drittel der Eichel, die Operationsnarbe bleibt vollkommen unsichtbar. E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

The Urologic and Cutaneous Review.

Juni 1923, Bd. 27, H. 6.

Die Funktion der Zellinfiltration bei syphilitischen Läsionen mit therapeutischen Betrachtungen (The Function of the Cellular Infiltration in Syphilitic Lesions with Therapeutic Deductions), von FERDINAND HERB-Chicago, Ill. S. 341—345. Die syphilitische Infiltration wird durch drei Zelltypen charakterisiert: Lymphozyten, Plasmazellen und Fibroblasten, die dem Zwecke der Natur in ihrem Kampfe gegen die Angreifer und zur Wiederherstellung der Gewebe dienen. Die Funktion der Fibroblasten ist sehr deutlich: Bildung von Bindegewebe, Ersatz des verloren gegangenen durch Schuppenbildung. Lymphozyten und Plasmazellen bekämpfen die Eindringlinge, zu welchem Zwecke Fermente und Komplement zugezogen werden. Die Bildung von Fermenten ist die Funktion des Protoplasmas, die Plasmazellen müssen als ihre Bildungsstätte betrachtet werden, die für diesen Zweck besonders geeignet sind durch ihr Protoplasma und die spezielle Eigenschaft der Bildung von Lipase (fettspaltendes Ferment, das treponematozid wirkt durch die fettähnliche Natur der Treponemen). Die Lymphozyten haben die Funktion, das Komplement zu ersetzen; es wird in ihrem Kern angehäuft und zur Stelle der Wirkung hingeschafft und ist für die Fermente von Bedeutung zur Auflösung der Zellen. Da die späteren Stadien der Syphilis durch steigende Abnahme des Komplementes charakterisiert sind, muß sich in gleichem Maße sein Prozentgehalt im Kern vermindern. Daher muß, um dem Fermente die nötige Menge von Komplement zu liefern, die Zahl der Lymphozyten ständig zunehmen, bis sich im tertiären Stadium durch ihre Anhäufung richtige Tumoren, die Gummata bilden. Diese Anschauung über die Anhäufung des Komplementes im Kern und seinen Transport zu der Wirkungsstelle findet eine Unterstützung durch die eigentümliche Art, in der das Quecksilber heilend auf die Syphilismanifestationen wirkt und der Entwicklung tertiärer Manifestationen vorbeugt. Für die Therapie ist die Anregung der im lymphozytischen Apparat des Körpers enthaltenen, den Erfolg der Heilmittel beeinflussenden Kräfte von Wichtigkeit. Darauf beruhen die guten Erfolge des Jods in den Spätstadien und des Natr. nuclein. bei Paralyse; auch andere Lymphozytose bewirkende Maßnahmen, wie die Zufuhr von Fett mit der Nahrung und die parenterale Zufuhr von Fett bei der Schmierkur, üben in gleicher Weise einen Einfluß aus.

Die suprapubische Operation wegen Vesiko-Vaginalfistel (The Suprapubic Operation for Vesico-Vaginal Fistula), von H. MC CLURE YOUNG-St. Louis, Mo. S. 345 bis 348. Mit Abbildungen versehener Operationsfall.

Zystoskopische Behandlung mit Radium (Radium Therapy by the Cystoscope), von ERNST H. PIRKNER-Brooklyn, N. Y. S. 348—350. Referierende Arbeit.

Vereinfachte Technik der Vasotomie und Einspritzung in das Vas deferens (A Simplified Technique of Vasotomy and Injection of the Vas Deferens), von GEZA GREENBERG-New-York, City. S. 350—351. Freilegung des Samenstranges am Skrotalansatz, Herausheben aus der Wunde, Isolierung des Vas deferens, das nach Versenken des übrigen Stranges außerhalb fixiert wird; nach Spaltung in der Längslinie wird eine stumpfe Kanüle eingeführt und eine 2—3%ige Argent.-nitric.-Lösung injiziert. Die Kanüle wird entweder in situ belassen oder das Vas mit zwei Ligaturen versehen, mittels deren es wieder aus seinem Bett herausgehoben werden kann.

Die Anwendung der Tonsillenschlinge bei einigen Blasengeschwülsten (Use of Tonsil Snare in Some Bladder Tumors), von GIDEON TIMBERLAKE-Baltimore, MD. S. 351—352. Zur Anwendung sehr geeignet bei gestielten Geschwülsten, doch kann das Verfahren gefährlich werden, wenn nicht für die Möglichkeit von Blutungen Vorsorge getroffen wird.

Über häufiges und erschwertes Harnlassen bei Frauen mit besonderer Berücksichtigung der Entzündung des Trigonums und der reizbaren Blase (Concerning Frequency and Dysuria in Women with Special Reference to Trigonitis and Stammering Bladder), von EDWARD WILLIAM WHITE-Chicago, Ill., S. 352—356. Die Diagnose der reizbaren Blase wird oft fälschlich gestellt, und andere, den Störungen zugrunde liegende Ursachen übersehen werden. Als solche kommen in Betracht von seiten der Harnröhre Strikturen, Polypen, Geschwüre, Granulationen, Skenitis, Fremdkörper, Prolaps der Harnröhre und Erosionen, von Seiten der Blase Entzündungen des Trigonums, Papillome, Zystitis, Fremdkörper, Geschwüre, Polypen, Divertikel, Adhäsionen, Varizen, von seiten der Ureteren Steine, Strikturen, Knoten, Periureteritis, Ureteritis, Adhä-

Digitized by Google

sionen und Druck von außen, von seiten der Niere Nephroptose, Pyelitis, Pyelonephritis, Pyonephrose, Steine, Tuberkulose, interstitielle Nephritis und Geschwülste. Außerdem sind noch als Ursachen nichturologischer Natur zu berücksichtigen Tabes, Ptosis der Abdominalorgane, Diabetes mellitus und insipidus, Oxalurie, Hyperazidität und Alkalinität und nervöse Reizbarkeit. In 18 unter 55 innerhalb von zwei Jahren genau analysierten Fällen fanden sich ausschließlich Veränderungen am Trigonum; in allen Fällen ist urethroskopische Untersuchung vor der Zystoskopie erforderlich. Diese sowie Ureterenkatheter, Pyelographie und die funktionellen Untersuchungen werden in vielen Fällen sogenannter reizbarer Blase greifbare Ursachen nachweisen, und auch wo dies nicht gelingt, bedeutet der Ausdruck eine Schwäche und Mangel der Wissenschaft.

Metastatischer Tripper: Kolloidale Therapie mit besonderer Berücksichtigung des Tripperrheumatismus (Metastatic Gonorrhea: Colloidal Therapeusis: with Special Reference to Gonorrheal Arthritis), von J. Edward McDowell-Philadelphia, Pa. S. 356—358. Durch Verwendung der Medikamente in kolloidaler Form wird die Wirksamkeit eine wesentlich bessere. Es wurden in Fällen, in denen mehrfache anderweitige Behandlungen versagt hatten, zum Teil geradezu glänzende Erfolge erzielt. Für die akuten Formen von Tripperrheumatismus werden Einspritzungen von Mangan, Antimon oder besser „Trimine" (Zink + Eisen + Mangan) empfohlen, und zwar täglich bis zum Temperaturabfall und Nachlassen der Schmerzen, was gewöhnlich nach 3—6 Einspritzungen der Fall ist; dann folgt eine intramuskuläre Einspritzung von 3 ccm Intramine oder 0,25 g Contramine (Diäthyl-Ammonium), womit die Behandlung gewöhnlich beendet ist. Chronische Fälle erfordern eine längere Vorbehandlung mit kolloidalem Jod innerlich, 20 ccm intravenös alle zwei Tage bis zusammen 100 ccm, dann 3—5 Injektionen von Intramine in Zwischenpausen von 3—6 Tagen, zum Schluß noch einige Einspritzungen von Metallen, wie Trimine oder Mangan; die Behandlung muß unter Umständen nach Pause von einem Monat wiederholt werden.

Moderne Methoden bei der Behandlung der Syphilis (Modern Methods in the Treatment of Syphilis), von W. M. Brunet-Brooklyn, N. Y. S. 359—363). Nur allgemein Bekanntes.

Die Wirkung unspezifischer Proteinkörper auf die Syphilis (The Effects of Unspecific Protein Bodies on General Syphilitic Disease), von E. Ahlswede und W. Busch-Hamburg. Die unspezifische Proteinkörpertherapie in Verbindung mit den sonstigen Syphilismitteln wird besonders mit Bezugnahme auf die Theorien von Nourney empfohlen. Die kombinierte parenterale Aolan-Protein-Bismogenol-Neosalvarsanbehandlung gibt vorzügliche Resultate, doch sollte, bis diese endgültig erwiesen sind, die Kombination mit Quecksilber noch beibehalten werden.

Die Rolle Frankreichs in der Genese und den Fortschritten der Urologie (The Part Played by France in the Genesis and the Progress of Urology), von Emile Jeanbrau. S. 364—379. Habilitationsvorlesung vor der medizinischen Fakultät von Montpellier mit zahlreichen Abbildungen hervorragender französischer Urologen, älterer und neuerer Instrumente, und Reproduktionen bezüglicher Darstellungen in der Kunst.

Juli 1923, Bd. 27, H. 7.

Chalasodermia oder Cutis laxa und ihre Beziehungen zu subkutanen fibrösen oder verkalkten Knötchen (Chalasodermia or „Loose Skin" and its Relationship to Subcutaneous Fibrous or Calcareous Nodules, etc.), von F. Parkes Weber-London. Es lassen sich 3 Formen der Cutis laxa unterscheiden: 1. eigentlich elastische Haut mit Übermaß von Elastizität, unvollkommene Anheftung an die tiefer gelegenen Gewebe durch fibröse subkutane Gewebszüge; 2. Herabsetzung der Hautelastizität mit oder ohne Hypoplasie oder degenerative Veränderung der elastischen Elemente, Hyperplasie der Bindegewebselemente; 3. intermediärer Typus, bei dem die Haut nicht besonders elastisch, jedoch abnorm verschieblich ist infolge Mangels subkutanen, fibrösen, fixierenden Gewebes. In einzelnen Fällen der Gruppen 1 und 3 ist das Vorkommen multipler, kleiner, subkutaner, fibröser oder verkalkter Knötchen zu bemerken, sowie eine Neigung zu Hautekchymosen bei geringen Traumen. Bei Fällen von Typus 2 öfter multiple Fibrome oder Neurofibrome, auch Fälle von Elephantiasis nostras dürften hierher gehören. Die Beziehungen von Trophoedema und Milroyscher Krankheit (Elephantiasis congenita hereditaria) zur Cutis laxa müssen noch weiter untersucht werden.

Hauterkrankungen durch imitierte Kaninchen-Sealskinpelze (Imitation Coney Seal Skin Fur Dermatosis), von R. Prosser White-London. Die mehrfachen Prozesse, die zum Zwecke der Imitation vorgenommen werden müssen, werden vom chemischen

Digitized by Google

Standpunkt aus betrachtet und auf ihren Zusammenhang mit den mehrfach infolge des Tragens derartiger Felle beobachteten Hauterkrankungen geprüft.

Lupus erythematosus und seine Behandlung (Lupus Erythematosus and Its Treatment), von W. Knowsley Sibley-London. Die Krankheit ist als der Ausdruck einer inneren lokalen oder allgemeinen konstitutionellen Störung zu betrachten; sie steht der Gruppe des Erythema multiforme näher als dem Lupus. Die Behandlung muß zunächst möglicherweise vorhandene Herde septischer Prozesse aufzudecken suchen; gelingt es, einen bestimmten Organismus nachzuweisen, so kann eine autogene Vakzine mit Vorteil angewendet werden. Gastro-intestinale Störungen erfordern die Anwendung von Schwefel, Kal. permangan., Holzkohle. Örtlich Ionisation mit schwachen Sublimatlösungen (positiver Pol) oder Natr. salicyl. (negativer Pol). Oberflächliche Ätzung mit Lösung von Kohlensäureschnee in Azeton. Bei nicht akuten oder frischen Effloreszenzen können Hochfrequenz und ultraviolette Strahlen herangezogen werden, Röntgenbehandlung ist im allgemeinen zu verwerfen.

Urinuntersuchung (Urine Examination), von J. Barker Smith-London.

Das Haarkleid der Säugetiere in seiner Beziehung zur Umwelt (The Hairy Coat of the Mammalia in Its Relation to the Surrounding World), von A. Sokolowsky-Hamburg.

Klinische Beobachtungen mit Akriflavin bei der Behandlung von 200 Tripperfällen (Clinical Observations with Acriflavine in the Treatment of 200 Cases of Gonorrhoea), von Arthur J. Greenberger und Monroe E. Greenberger-New York, N. Y. Bei der Behandlung spezifischer und nichtspezifischer Urethritis sind die Erfolge mit Trypaflavinlösung 1:4000 befriedigender als mit organischen Silberpräparaten.

Ein Fall von als kontagiös betrachteter Schuppung der Haut der Hände (Dysidrosis sicca lamellosa) (A Case of Scaling of the Skin of the Hands Considered as Contagious), von M. Porosz-Budapest. Auffallend häufig wurde besonders bei nervösen Personen eine sich jährlich wiederholende Trockenheit der Haut mit Abschuppung beobachtet. Therapie: 3—5—10% Salizylsalbe wirksam.

Die Bedeutung der Hämaturie (The Significance of Hematuria), von C. W. Shropshire-Birmingham, Alabama.

Die Abortivbehandlung der Syphilis (The Abortive Treatment of Syphilis), von Leven-Elberfeld. Zusammenfassende Darstellung der bekannten Anschauungen des Verf.

Wirkung, Reaktion und einige dermatologische Anwendungsmöglichkeiten der Radiumstrahlen (Effect, Reaction and some Dermatologic Uses of the Actinic Ray), von R. Duncan und C. Witter-Los Angeles, California. Die therapeutisch wertvollen Reaktionen sind stimulatives, regeneratives und destruktives Erythem. Aufzählung verschiedener Fälle (darunter Impetigo, Seborrhoe, Alopezie, Ekzem, Pruritus scroti, Furunkel, Trichophytie, Psoriasis, Skabies, Pompholyx, Keloid, Röntgenstrahlenverbrennung), die nach z. T. vorher vergeblicher anderweitiger Behandlung günstig beeinflußt wurden.

E. Levin-Berlin.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1923, Bd. 64, H. 1.

Die Lehre von den Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Wissenschaft und im Leben (La dermosifilografia nella scienza e nella vita), von J. Capelli-Turin. Ein orientierender Überblick, gegeben zu Beginn des dermatosyphilitologischen Kurses.

Über die Entstehung des Melanins aus Benzopyrrolen (Sulla genesi della melanina dai benzo-pirroli), von Mario Quattrini-Pavia. Tierversuche: Einspritzungen von Pyrrol, α-Pyrrolidinkarbonsäure, α-Methylindol oder Skatol rufen eine örtliche Pigmentierung der Haare hervor. Bei den Tieren mit dichtem Haarkleid, wie den Kaninchen, scheinen diese zuerst durch die rasierte Haut mit schiefergrauer Farbe in Form von Punkten, Strichen, Netzwerk oder einzelnen Punkten durch, bei stärkerer und rascher auftretender Dunkelfärbung auch in Form diffuser Flecken. Die Pigmentierung wird deutlich zwischen dem 9. und 18. Tag und folgt vielleicht rascher auf α-Methylindol. Die Intensität ist am größten bei Skatol. Zeit des Auftretens, Ausdehnung und Intensität der Flecken stehen nicht im Verhältnis zur Menge der verwendeten Substanz. Bei den albinotischen Tieren und an den weißen Stellen dunkelfarbiger kann man keine Pigmentierung erzeugen. Bei den rötlichen Meerschweinchen ist die Verfärbung weniger

Digitized by Google

deutlich und erfolgt langsamer als bei den Kaninchen. Auf den verfärbten Flecken wächst das Haar rascher und kräftiger und hat Aussehen und Farbe von grobem Haar. Man kann dieses auch bei den Albinos beobachten, obwohl hier sich das Haar erst dunkler färbt. Die Verfärbung des Haares nimmt distal ab, bleibt aber auch an den Spitzen dunkler als in der Norm. Die Injektionen machen keine wesentlichen örtlichen Reaktionen, aber beträchtliche Allgemeinerscheinungen. Am giftigsten ist Skatol, am wenigsten α-Methyl-Indol. Weiße Mäuse und Meerschweinchen sind weniger empfindlich als Kaninchen. Während der ganzen Beobachtungszeit (im äußersten Fall 54 Tage) bestand die Pigmentierung fort und hatte besonders anfangs die ständige Neigung, sich auf die ganze Rückenfläche des Tieres auszubreiten. Der Farbstoff ist ausschließlich im Schafte und in geringerer Menge in der Haarscheide und an der Spitze der Papille angehäuft. Er erscheint in Form schwarzer Körnchen, welche die Zellen anschoppen, so daß bei höheren Graden diese verdickt und entstellt werden. Am 17. Tage gerät das Pigment auch ins Blut und die inneren Organe. In der Milz, wo es von Makrophagen gefressen wird, nimmt es vorzüglich eine braungelbe Farbe an; mit der Unnaschen Melaninfärbung erhält man smaragdgrüne Tinten. In Milz und Nieren ist die Menge geringer; man findet das Pigment in Form schwarzer Körnchen inmitten der Zellen der Leber, der Nierenkanälchen und des Zwischenbindegewebes der Nieren.

Ein Fall von anscheinend dreifacher Bildung von Orientbeulen, von welchen zwei wahrscheinlich auf Verschleppung durch die Lymphwege zurückzuführen sind (Un caso di triplice bottone di oriente al volto, di cui due dovuti probabilmente a metastasi per via linfantica), von Pietro Stancanelli-Catania.

Beitrag zum Studium der wuchernden Staphylomykosen (Contributo allo studio delle dermatiti stafilogene vegetanti), von Mario Artom-Cortona. Der Fall von Dermatitis framboesiformis war durch den Staphylococcus pyogenes aureus erzeugt. Es war zur Bildung von Granulomen und Impetigo gekommen. Artom glaubt, daß die Entstehung der Vegetationen auf eine biologische Veränderung des Bakteriums zurückzuführen sei. Die von den Granulationen gewonnenen Kulturen erwiesen sich als weniger virulent als die von den impetiginösen Flächen erhaltenen. Heilung durch Autovakzine.

Entstehung und Behandlung der Sklerodermie (Patogenesi e terapia della sclerodermia), von Virginio Ramazzotti-Mailand. Weitgehende Besserung eines Falles sehr schwerer allgemeiner Sklerodermie durch Röntgenbestrahlungen des Halsmarkes und des Lendengeflechtes.

Über den Vorteil des Versuchs mit unspezifischer Proteintherapie gegen einige Erscheinungen der Syphilis (Dall' opportunità di sperimentare la proteinoterapia aspecifica contro alcune manifestazioni della sifilide), von Cesare Barili-Rom. Aus theoretisierenden Überlegungen heraus, in der Annahme, daß die Proteintherapie die allgemeinen Abwehrkräfte des Organismus verhindert und örtlich die Entzündungsprodukte angreift, schlägt Barili den Ärzten vor, in Syphilisfällen, welche für den Träger oder seine Umgebung gefahrdrohend sind, neben der spezifischen Behandlungsweise die Proteintherapie zu versuchen. Eigene Beobachtungen fehlen. Daß, wie der Verf. meint, dieses bei Syphilis noch nicht geschehen ist, ist natürlich irrig.

Die Röntgen-Radium-Behandlung der Schuppenflechte (La Röntgen-Curie-Terapia della psoriasi), von Carlo Guarini. Der Autor behandelte ausgedehnt kleinfleckige Schuppenflechten mit 30—100 cm Röhrenabstand, Einzelflecke, besonders ältere Formen, mit 25 cm Abstand. Mittelharte Strahlen. Bei kleinen Fokalabstand Wiederholung nach 15 Tagen; selten mehr als 3 Sitzungen. Bei größerer Entfernung 3 Sitzungen für jedes Gesichtsfeld und Wiederholung nach 3 Wochen. Filtrierte Strahlen. Bei den frischen Formen nicht mehr als 2 H Einzeldosis, 6 H Gesamtdosis. Bei den veralteten 5—6 H Einzeldosis, 15—18 H Gesamtdosis. Dort 1—2 mm Al., hier 3—4 mm. Diese Behandlungsweise kann auch bei gereizten Fällen angewendet werden. Hier kann man die Methode erst an einer Stelle ausproben. Die Bestrahlung größerer Flächen mit weitem Abstand und kleinen Dosen ist vorteilhaft und sichert vor Radiodermatitis. Auch mit der Brockschen Thymusbestrahlung wurden gute Erfolge erzielt. Die anfängliche „Herxheimersche" Reaktion wird bestätigt. Harte Strahlen mit kurzer Wellenlänge. Seltenheit der Rückfälle. Um solche nicht refraktär zu machen, soll man die Sitzungen einander nähern und jedesmal nicht mehr als 3 Sitzungen machen. Die Radiumbehandlung ist der Röntgentherapie gegenüber minderwertig.

Digitized by Google

1923, Bd. 64, H. 3.

Idiopathische, fortschreitende Hautatrophie (klinische und histologische Untersuchungen) (Atrofia idiopatica progressiva, studio clinico ed istologico), von A. PASINI-Mailand. 21jähr. Weib. Tuberkulose in der Vorgeschichte. Seit 4 Jahren besonders am Rumpf ausgedehnte Hautatrophien. Keine vorausgehenden oder begleitenden Entzündungserscheinungen. Bläuliche Farbe der Flecken. Weichheit und Elastizität der Haut erhalten. Hautgefäße dermatoskopisch. Geringe Steigerung des Tonus im Sympathikusgebiet (Nebenniere?). Kuti- und Intrakutantuberkulinreaktion positiv mit Temperaturerhöhung innerhalb der atrophischen Gebiete mit Erscheinung punktförmiger intrakutaner Herde (Dermatoskopie). Histologisch: Verschmächtigung des Bindegewebes an den atrophischen Gebieten ohne weitere Degenerationserscheinung; geringe Verdickung des elastischen Gewebes. Erweiterung des tiefen Gefäßnetzes und leichte Stauung. Spärliche entzündliche Herde von Rundzellen im Bindegewebe ohne weitere Besonderheiten. Der Fall nähert sich am meisten den primitiven diffusen idiopathischen Hautatrophien BUSCHWALDS, unterscheidet sich aber davon durch den Mangel an Schwund des Fettes, der Elastizität, der zigarettenpapierähnlichen Hautfältelung und weiterer Atrophien der einzelnen Hautelemente. P. glaubt, daß zwischen der Hautatrophie, den klinisch für gewöhnlich nicht sichtbaren Entzündungsherden und ihrem Auftauchen nach Tuberkulininjektion ein pathogenetischer, vielleicht ätiologischer Zusammenhang besteht. Der idiopathische Charakter des Leidens ist also nur scheinbar. Es knüpft an die entzündlichen Herde an, diese rühren von einem halberloschenen tuberkulösen Herde im Innern des Körpers her. Sie sind den tuberkuliden gleichzustellen.

Untersuchungen über Abweichungen und Störungen des Verhornungsvorganges bei den hauptsächlichen Krankheitszuständen der menschlichen Haut. Fünfte vorläufige Mitteilung. **Papillome und Warzen** (Ricerche sulle anomalie e le alterazioni del processo della corneificazione nei principali stati morbosi della cute umana. Quinta nota preventiva. Papillomi e verruche), von L. MARTINOTTI-Siena. Anatomisch kann man die Warzen auf folgende Bilder zurückführen, die sich aber mit den klinischen Erscheinungen nicht zu decken brauchen: 1. Anfangsstadien der Akanthosis und Hyperakanthosis mit oder ohne Papillomathosis; bald gefolgt von starker Ausbildung der Hornsubstanz. 2. Vermehrung des Keratohyalins (Hyperhyalisis) mit anormaler Produktion (Dyshyalisis), ein Nebenbefund ohne Beziehung zur Verhornung. 3. Eleidom, Hypereleidom- und Paraeleidombildung von oft massiger Anordnung (jugendliche Warzen, Anfangsstadien der gewöhnlichen und in gewissen Formen älterer). 4. Keratome und Hyperkeratome, wenn gekernt: Parakeratom. (Lichen obtusus und corneus, Warzen des Hand- und Fußrückens; bei manchen gewöhnlichen Warzen aber meist mit Eleidineinsprengungen.) 5. Eleidokeratiome, bzw. Paraeleidokeratinome (gewöhnliche Warzen, Papillome.

Beitrag zum Studium des Lichen sclerosus (Contributo allo studio del lichen scleroso), von ULISSE REBAUDI-Genua. Ein einwandfreier Fall dieser umstrittenen Dermatose. Besprechung der Differentialdiagnose und der Besonderheiten des Falles. Photogramme von der Kranken und histologische Bilder.

Erythrodermia ichthyosiformis recidivans infolge Einwirkung der Sonnenstrahlen (Eritrodermia ittiosiforme recidivante provocata dai raggisolari), von M. QUATTRINI-Pavia. 6jähriges Mädchen. Seit der ersten Berührung mit Sonnenlicht an den unbedeckten Hautstellen ein Ausschlag: Scharfe Umgrenzung, meist großblättrige Abschuppung, leichte ausgedehnte Hautbräunung, Knötchen- und Blasenbildung, pseudo-sklerodermatischer Hautschwund. Mikroskopisch: Hyperkeratosis mit Bildung von Hornzapfen mit sekundären Veränderungen des Stratum spinosum (abgeplattete Spindelzellen). Bedeutende Vermehrung des Keratohyalins, Ödem, Erweiterung der Lymphräume, perivaskuläre Infiltration in den Papillen, leichte Hypertrophie von Bindegewebe und elastischen Fasern. Auf älterer Krankheitsstufe: Verkümmerung der Hornzapfen, Verdünnung der Stratum spinosum und deutliche vakuoläre Entartung, kleine Herde von Parakeratosis, Abplattung der Papillen, Fortschreiten von Ödem und Infiltration, Verdickung der Gefäßscheiden. Die bedeckte Haut war im Zustand leichter Ichthyosis. Verf. nimmt an, daß der ichthyotische Hautzustand das Zustandekommen der Ekzematisation begünstigt. Die Krankheit führt zu körperlicher und seelischer Einbuße und hat bei dem Brüderchen den Tod herbeigeführt.

Peritonitis und Peritonismus auf blennorrhoischer Basis (Peritonite e peritonismo blenorragico gonococcico), von M. FRAULINI-Mailand. Zwei Fälle von Peritonismus,

Digitized by Google

die sich an Epididymitis anschlossen, und ein Fall blennorrhoischer Peritonitis bei einem Mädchen.

Neojakol in der Behandlung der Syphilis (Il neojacol nella terapia della sifilis), von A. Serra-Cagliari. Bericht über die guten Erfolge, welche mit Neojakol, einer von dem serotherapeutischen Institut zu Mailand erzeugten Arsenobenzolverbindung, bei Syphilis der verschiedensten Art erreicht wurden.

Histologische Belege für eine mögliche Behandlung der Hautepitheliome (Documenti istologici per una possibile terapia degli epiteliomi cutanei), von C. Gargnano-Neapel. 1. Mikroskopische Untersuchung eines Hautepithelioms 30 Tage nach der Radiumbestrahlung: Veränderung am Kern oder Protoplasma oder beiden. Häufig: Verlust der Zellgrenzen, Homogenisierung des Protoplasma, Zusammenfließen mit dem nachbarlichen. Kerne in Form und Reaktion erhalten. Häufig helle Räume um die Kerne. Oder: Kapselartige Verdichtung der Ränder der Plasmamassen; Aufhellung und Auflösung des protoplasmatischen Inhalts, Freiwerden der Kerne; schließlich Zerfall auch dieser in Granula, welche lange die Chromatinreaktion geben. In weiter vorgeschrittenen Fällen amorphes Gewebe ohne erkennbare Struktur und mit zahlreichen Zerfallshöhlen. Im Bindegewebe nur etwas Zertrümmerung, aber keine fibroblastische oder infiltrative Reaktion. 2. Mikroskopische Untersuchung 15 Tage nach Fulguration: An der Oberfläche Ersatz des zerstörten Gewebes durch neugebildetes. Höhlen- und Infarktbildung im Bindegewebe, dessen vielfach verflochtene Stränge wohl junges Gewebe darstellen, das sich aus den Lymphozyten und den beweglichen Zellen des interstitiellen Gewebes der Neubildung entwickelt haben. In der Tiefe enthält es noch Epithelinseln. An den Zellen der Neubildung ist vor allem das Plasma getroffen: Sinken der Azidophilie, Verschwinden der Zellgrenzen, Auftreten zahlreicher chromatophiler Granulationen und scholliger Zerfall des Protoplasmas. 3. Mikroskopische Untersuchung 4 Tage nach Bierscher Stauung: Bild einer chronischen Entzündung im bindegewebigen Gerüst und der bindegewebigen Umgebung: Gefäßerweiterung, besonders die Venen betreffend, Stauung, reichliche Diapedese, kleinzellige Anschuppung. Aus diesen Befunden ergibt sich, daß die 3 Methoden zusammen die spezifischen Zellen vollständig zerstören. Man sollte zuerst die Fulguration verwenden, dann die Radiumbehandlung und zuletzt die Stauung folgen lassen. Die ausschließliche Radiumbehandlung verzichtet auf die Heilkraft der rundzelligen Infiltration, Bindegewebswucherung und Phagozytose. Die Radiumstrahlen können die neugebildeten Epithelzellen der Oberfläche nicht genügend mehr durchsetzen; von den Krebsnestern der Tiefe erfolgt das Rezidiv. Die Geschwulstzellen, welche in der Zeitspanne der Bestrahlung entstehen, widerstehen der Radiumeinwirkung.

Erste Ergebnisse der Photodermatoskopie (Primi resultati di Fotodermatoscopia), von J. Delpiano-Turin. Beschreibung der von dem Verf. erfundenen photographischen Technik zur Aufnahme dermatoskopischer Bilder.

Die neuen Bestimmungen für die Verhütung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten (Il nuovo regolamento par la profilassi della sifilide e delle malattie veneree). Bericht über das regolamento vom 25. März 1923. Es enthält Bestimmungen über vorschriftsmäßige Anzeige der Geschlechtskrankheiten mit ansteckenden Erscheinungen (Schulen, Erziehungs- und Fürsorgeinstitute, Werkstätten, Kasernen usw.), Errichtung von Ambulatorien und Krankenhausabteilungen für Unbemittelte und Zwangsbehandelte (Frauen sollen grundsätzlich nur stationär behandelt werden), Frauenhäuser und ihre Einrichtungen, Karten der Dirnen, gesundheitspolizeiliche Überwachung und anderes. Die Bestimmungen sind klar und scharf. Die Verordnungen hängen nicht in der Luft, sondern sind durch Strafbestimmungen gestützt, die Doktrin hat keinen Einfluß gehabt.

A. v. Notthaft-München.

Réunion Dermatologique de Nancy.

Sitzung vom 12. Mai 1923.

G. Thibierge: **Betrachtungen über die Rolle der Klinik und die Rolle des Laboratoriums bei der Diagnose der Hautkrankheiten** (Réflexions sur le rôle de la clinique et le rôle du laboratoire dans le diagnostic des affections cutanées). Die mannigfachen Laboratoriumsuntersuchungen sind heutzutage unentbehrlich geworden, doch darf darüber die Wichtigkeit der klinischen Betrachtung nicht vergessen werden. Die Klinik muß genügend beachtet werden, um das Material in geeigneter Weise für die Laboratoriumsuntersuchung auszuwählen und deren oft zweifelhafte (histologische

Digitized by Google

und bakteriologische) Befunde richtig zu deuten. Aus den Laboratoriumsbefunden allein können oft trügerische Folgerungen gezogen werden (WR!).

Etienne und Voirin: **Zoster intercostalis nach Rippenbruch** (Zona intercostal après une fracture de côte). Traumatischer Zoster ist sehr selten. Hier Auftreten über einer gebrochenen Rippe nach Anlegen des Verbandes. Über Beziehungen zum Rückenmark, Meningen, Nervenwurzeln konnten keine Untersuchungen angestellt werden.

P. Haushalter: **Vorstellung von zwei Kindern mit tuberkulösen Läsionen der Haut von syphilisähnlichem Aussehen** (Présentation de deux enfants atteints de lésions tuberculeux de la peau d'aspect syphiloide). In beiden Fällen negative WR und Unwirksamkeit spezifischer Behandlung.

L. Spillmann und Raspillier: **Autohämotherapie beim Zoster** (L'autohémothérapie dans le zona). In 7 Fällen wurde durch intramuskuläre Einspritzung von 5 ccm aus der Vene entnommenen Blutes fast völliges Aufhören der vorher heftigen Schmerzen und schnelle Rückbildung der Hauteffloreszenzen beobachtet. In einigen Fällen von Herpes waren die Erfolge gleichfalls befriedigend, doch erfolgte die Heilung weniger schnell.

J. Parisot und P. Simonin: **Zwei Fälle von Zoster, durch Autohämotherapie geheilt** (Deux cas de zona guéris par l'autohémothérapie). Gleichfalls gute Erfolge.

L. Drouet und M. Vernier: **Mit Autohämotherapie behandelter Zoster ophthalmicus** (Zona ophthalmique traité par l'autohémothérapie). Der mit Hornhautgeschwüren verbundene Zoster war 2 Monate lang ohne Erfolg ophthalmologisch behandelt worden; nach 5 Einspritzungen von 5—20 ccm Blut Heilung innerhalb 14 Tagen.

J. Parisot und P. Simonin: **Urtikaria durch Anaphylaxie gegen Hühnereiweiß und vegetabilische Proteine; Desensibilisierung durch Kutireaktion** (Urticaire par anaphylaxie à l'ovalbumine et aux protéines végétales; désensibilisation par cuti-réaction). Unmittelbar nach dem Genuß von Erbsen, Linsen und Hühnereiern traten regelmäßig unangenehme Sensationen im Munde, Ausschlag an der Schleimhaut und urtikarielle Effloreszenzen um den Mund herum auf. Gekochter oder ungekochter Zustand der Speisen machte keinen Unterschied; hart gekochtes Eigelb war ohne Einfluß, ebenso ungekochte frische Schoten und Bohnen in jeglicher Form. Die Desensibilisierung konnte mit gutem Erfolge durch mehrfach wiederholte Einbringung eines auf ein Viertel verdünnten Tropfens Hühnereiweiß in eine kleine Hautskarifikation bewirkt werden. Der Erfolg des gleichen Vorgehens mit einer Mischung von gekochten Erbsen und Linsen konnte durch vorzeitige Entfernung des Kranken nicht festgestellt werden. Die ersten Reaktionen waren sehr stark, die weiteren abgeschwächt.

L. Spillmann, J. Parisot und P. Simonin: **Psoriasis und Schwangerschaft** (Psoriasis et grossesse). Eine seit ihrem 11. Lebensjahre an Psoriasis leidende Frau zeigte mit 26 Jahren während der ersten Schwangerschaft ein plötzliches Verschwinden der Affektion, die nach der Entbindung mit Wiedereintreten der Menses ganz plötzlich wieder auftrat. Erneute Eruption während der zweiten Schwangerschaft, Schwinden während der dritten. Während der letzten Monate dieser war Blut entnommen und dessen Serum in verschlossenen Ampullen im Eisschrank aufbewahrt worden. Eine leichte, 2 Monate nach der Entbindung aufgetretene Eruption wurde durch Einspritzungen mit diesem Serum schnell beseitigt, danach 1 Jahr lang keine Erscheinungen.

A. Frühinsholz, L. Spillmann und P. Michon: **Ein Fall von fötaler Ichthyosis** (Un cas d'ichthyose foetale). Das neugeborene, nach 3 Tagen verstorbene Kind zeigte am ganzen Körper eine leuchtende, glatte trockene Haut, im Gesicht und an den Extremitäten gespannt, am Rumpf lose, wie ein Sack umhüllend, aus verdickter Hornschicht bestehend.

L. Spillmann und Drouet: **Krankenvorstellungen.** 1. Tardives ulzero-krustöses Syphilid (65 Jahre) im Verlaufe einer hereditären Syphilis. 2. Tuberculosis verrucosa der Hand und eines Amputationsstumpfes des Schenkels bei offener Lungentuberkulose. 3. Pemphigus congenitalis mit Epidermiszysten. 4. Krustige, serpiginöse, syphilisähnliche Läsionen im Genick. 5. Ulzero-krustöses Skrofulid des Beines, durch Arsenbehandlung gebessert.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 13. Mai 1923.

Olga Eliascheff: **Frühzeitige syphilitische Gummen. Erfolg der Wismutbehandlung** (Gommes syphilitiques tertiaires précoces. Résultat obtenu par le traitement bismuthique). In der Sitzung vom 11. Mai vorgestellter Kranker, der neun Monate

Digitized by Google

nach der Infektion nach mangelhafter Behandlung Gummen bekommen hatte. Vernarbung nach intravenösen Wismuteinspritzungen von im ganzen 3,95 g.

L.-M. Pautrier und Boëz: **Zu einem Falle von tuberkuloider Lepra** (A propos d'un cas de lèpre tuberculoide). Weitere Untersuchungen des am 11. März vorgestellten Falles ergaben, daß Impfungen bei Meerschweinchen, Kaninchen, Ratten negativ ausfielen; nur bei einem Kaninchen bildete sich an der Impfstelle ein kleiner Abszeß mit Vermehrung säurefester Bazillen, doch ist das Tier wieder vollkommen geheilt und zeigt keine Veränderungen. Es ist danach eine Infektion irgend welcher tuberkulöser Natur oder eine Infektion mit Stephanskyschen Bazillen auszuschließen, und es bleibt der Befund lepröser Läsionen ohne Bazillen.

G. Canuyt und P. Welter: **Geschwürige tuberkulöse Läsionen des Gesichtes und der oberen Luftwege. Vorstellung von zwei Kranken** (Lésions tuberculeuses ulcéreuses de la face et des voies aériennes supérieures. A propos de deux malades). In beiden Fällen kommt die Kombination einer syphilitischen und tuberkulösen Erkrankung in Betracht; klinischer und bakteriologischer Befund, WR, Erfolg der Therapie sind nicht eindeutig.

Olga Eliascheff: **Posttraumatisches Spindelzellenepitheliom der Nase** (Epithélioma spinocellulaire du nez post-traumatique). Vier Jahre nach Eindringen eines Metallsplitters in den rechten Nasenflügel entwickelte sich die Affektion an der inzwischen dauernd gereizten Stelle.

P. Welter und J. Roederer: **Fall von Ozäna der Nasenhöhlen mit wahrscheinlich hereditär-syphilitischer Ätiologie, sehr gebessert durch Wismutbehandlung** (Cas d'ozène des fosses nasales à étiologie hérédo-syphilitique probable, très améliore par le traitement au sigmuth). Nachdem unter Jodbehandlung bereits eine bedeutende Besserung eingetreten war, wurde Wismut angewendet; die Diagnose der hereditär-syphilitischen Ätiologie gründet sich auf die weitere Besserung unter dieser Therapie.

L.-M. Pautrier und J. Roederer: **Orientbeule der Nase** (Bouton d'Orient du nez).

L.-M. Pautrier: **Ausgebreitetes tuberöses und verruköses Angiom des ganzen rechten unteren Gliedes** (Vaste angiome tubéreux et verruqueux de tout le membre inférieure droit). Die Affektion ist häufig im Bereiche des Gesichtes, seltener an den Extremitäten; hier einen Tag nach der Geburt aufgetreten, sich allmählich weiter ausbreitend, also sicher kongenital. Im ganzen Ausbreitung von der Leistengegend über die Vorderfläche des Oberschenkels und an der Außenseite des Knies vorbei zur Wade und der Oberfläche des Fußes. Effloreszenzen in verschiedenem Grade der Entwicklung, teils ganz glatt, teils mehr erhaben, uneben bis richtig tumorartig. Histologisch typisches Angiom, fast vom Typus eines oberflächlichen Kavernoms.

L.-M. Pautrier, George Lévy und Lanzenberg: **Papilläres, vegetierendes Epitheliom mit multiplen histologischen Differenzierungen und eigenartiger klinischer Entwicklung** (Epithélioma papillaire végétant à différenciations histologiques multiples et à évolution clinique particulière). 42 jähr. Frau, erstes Auftreten eines Tumors nach einer Verletzung bei der Entbindung zwischen Vulva und Anus, Schwinden nach Operation und Röntgenbehandlung, Rezidiv nach zwei Jahren. Der Fall dient mit als Beweis dafür, daß die frühere Scheidung zwischen Basalzellen- und Spindelzellenepitheliomen nicht aufrechtzuerhalten ist und daß auch die Mischtumoren recht verschiedenartige Befunde aufweisen können. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Methoden der Immunodiagnostik, Immuno- und Chemotherapie und ihre praktische Verwertung, von Julius Citron-Berlin. (Georg Thieme, Leipzig 1923.) In die neue Auflage haben alle Fortschritte und biologisch bedeutsamen Tatsachen der jüngsten Zeit auf dem Gebiete der Immunitätsforschung Aufnahme gefunden, soweit sie bereits für die Klinik Bedeutung gewonnen und praktisch nutzbringende Verwendung erlangt haben. Die Ausflockungsreaktionen der Syphilis, die Serodiagnostik der Tuberkulose, die unspezifische Immunität in Form der Proteinkörpertherapie haben die gebührende Würdigung gefunden. Wie in den früheren Auflagen ist auch die Originalmethode der WR und ihre hauptsächlichsten Modifikationen zugleich mit den Theorien, die für ihre Deutung aufgestellt worden sind, besprochen. Die bedeutsamen Fortschritte

Digitized by Google

der Chemotherapie, wie die Wirkung des Wismuts, des neuen Trypanosomenmittels Beyer 205, des Morgenrothschen Eukupins, sind nicht mehr als Anhang, sondern als ein wesentlicher Bestandteil des Werkes behandelt. Auch den Bedürfnissen der Veterinärmedizin ist durch Behandlung der wichtigsten Tierseuchen Rechnung getragen. Mit außerordentlicher Gründlichkeit und umfassender Beherrschung des Stoffes hat Verf. diese häufig auf den ersten Blick schwierig erscheinenden Probleme leicht faßlich und kritisch dargestellt dank seiner eigenen reichen Laboratoriumserfahrung und seiner weitgehenden klinischen Tätigkeit. Das Buch ist nicht nur Studierenden als Leitfaden für die entsprechenden Kurse zu empfehlen, sondern vor allem auch den in der Praxis stehenden Ärzten, die das Bedürfnis haben, sich der wachsenden klinischen Bedeutung der Immunitätsforschung entsprechend über die Fortschritte auf diesem Wissensgebiete zuverlässige Auskunft zu holen, um die einzelnen Laboratoriumsbefunde in der Praxis kritisch richtig zu bewerten. G. Assmann-Barmen.

Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis, von W. Weigeldt. (Verlag Gustav Fischer, Jena 1923). Eine anregende, zusammenfassende und klar geschriebene Arbeit aus der medizinischen Klinik zu Leipzig. Auf 121 Seiten bietet der Verf. eine kritische Zusammenstellung des derzeitigen Wissens über den Liquor cerebrospinalis, die übersichtlich nichts Wesentliches vergißt, im zweiten Teile eine Darstellung der Beobachtungen über die örtlichen Verschiedenheiten in dessen Zusammensetzung. Zahlreiche eigene Untersuchungen von hohem Interesse erhöhen den Wert der sehr empfehlenswerten Abhandlung, der ein ausführliches, 10 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis beigegeben ist. E. Sklarz-Berlin.

Die Syphilis des Zentralnervensystems, von Wilhelm Gennerich. (Julius Springer, Berlin 1922.) Daß nach zwei Jahren eine zweite Ausgabe notwendig war, spricht für die Würdigung, die dieses Buch verdientermaßen findet. Eine kritische Stellungnahme zu den Ansichten des Verf. ist nur dem möglich, der unter gleich günstigen Bedingungen ein solches Riesenmaterial durch lange Zeit verfolgen kann. Die Grundlage der vom Verf. ausgebauten endolumbalen Behandlung sind die Anschauungen über das Verhältnis zwischen Allgemein- und Lokalerkrankung bei Syphilis. Wird die Allgemeindurchseuchung eingeschränkt, neigen die Einzelherde zu stärkerer Entwicklung; da aber gleichzeitig hierdurch die Abwehr-(Immun-)Vorgänge des Organismus eingeschränkt werden, behalten die Einzelherde den sekundären Charakter, was am Zentralnervensystem zur Metalues führt. Daraus ergibt sich der bemerkenswerte Satz, daß ohne spezifische Behandlung fraglos viele Syphilisfälle nicht an Metalues, sondern an Tertiärsyphilis erkranken würden (S. 34). Die logische Folge ist, daß die Syphilisbehandlung bis zum Verschwinden aller. auch der meningealen Symptome, durchgeführt werden muß. Nach Ansicht des Verf. beginnen alle syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems an der zerebralen Pia und zwar zumeist am basalen Teile, von dort werden die Spirochäten durch die Pulsation des Liquors an die äußerste Peripherie des Lumbalsackes: an die Konvexität des Vorhirnes, in die Optikusscheide und an die hinteren Wurzeln gebracht. Zur Metalues kommt es durch die Liquordiffusion: der Liquor bringt allmählich die Zellen der meningealen Infiltration zur Quellung und zum Zerfall und schwemmt sie von ihrem Sitze fort. Dadurch wird die Pia für den Liquor durchlässig, dieser dringt in das Nervengewebe ein, verwässert es und bereitet den Spirochäten den Weg. Diese Auffassung läßt es auch erklärlich scheinen, wenn die intravenöse Salvarsanbehandlung bei Metalues ohne Erfolg ist; das Medikament kommt in das verwässerte Gewebe in zu geringer Konzentration. Darum muß sie mit der intralumbalen Behandlung kombiniert werden, deren eingehender Besprechung der größte Teil des Buches gewidmet ist. Zur Technik ist die Einführung der Doppelpunktion hervorzuheben; nur die obere Bürette enthält salvarsanisierten Liquor, der durch den reinen Liquor der unteren an das Gehirn gebracht wird. Auf diese Weise können größere Mengen Salvarsan dem Zerebrum zugeführt werden, ohne am Rückenmark Reizerscheinungen auszulösen. Über die Erfolge der kombinierten intravenösen und endolumbalen Behandlung bei Metalues spricht sich Verf. bei allem Optimismus sehr reserviert aus. Er sieht auch die Hauptaufgabe der letzteren nicht in der Anwendung bei Metalues, sondern bei den Frühstadien der meningealen Entzündung. Das interessante Buch liest sich nicht leicht; deshalb hätte ich zwei Bitten an den Verf.: öfters kurze Zusammenfassungen und bei den häufigen Verweisen („werden wir unten besprechen", „wurde oben erläutert" usw.) Angabe von Seite oder Kapitel. Jeder Syphilidologe muß sich mit diesem Buche beschäftigen. R. Frühwald-Chemnitz.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Über den Hoden von Pleurodeles Waltli (Micha), von W. Kolmer und Th. Koppanyi-Wien. (Anat. Anz., Bd. 56, Nr. 17, S. 410—415.) An den Hoden des andalusischen Rippenmolches Pleurodeles Waltli fällt schon makroskopisch auf, daß an beiden Polen der beiden auf jeder Seite gelegenen Hoden ein durch Carotin wie das Fett des Fettkörpers orangerot gefärbter, mehrere Millimeter großer, ausladender Körper aufsitzt, der in seiner Größe der verschiedenen Größe der Hoden jeweils ungefähr entspricht. Auf Hodenschnitten in kranio-kandaler Richtung finden sich speziell in der Gegend der Follikel mit reifen Spermien im Bindegewebe zwischen den Läppchen Gruppen von Zellen, welche alle Charaktere von Zwischenzellen, ihren exzentrischen Kern, ihre epitheloide Form, eine kleine Sphäre und sehr großen Reichtum von Fetteinschlüssen aufweisen. Man glaubt, ein ganz fremdartiges Gewebe vor sich zu haben, welches ausschließlich aus diesen, den Zellen der Nebennierenrinden der Säuger sehr ähnlichen Zellen besteht. Verf. nimmt im Gegensatz zu den Befunden aller bisherigen Untersucher an, daß es sich um einen wesentlich aus Zwischenzellen bestehenden Organabschnitt, eine Art „Zwischenzellenorgan" handelt. G. Aßmann-Barmen.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über Nierentuberkulose, von L. Casper-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 18.) In 95% der Fälle ist die Niere der Ausgangspunkt und meist auch der einzige Sitz der Tuberkulose im Urogenitaltraktus. Subjektive Beschwerden fehlen sehr oft völlig. Für die Diagnose hat die Palpation der Nieren keine besondere Bedeutung, wesentlich ist eine sorgfältige Harnuntersuchung. Der Harn ist meist sauer, nach einer gewissen Zeit tritt stets Blut und Eiter auf, doch ist Blut nicht pathognomonisch. Es sind zunächst die Erkrankungen auszuscheiden, bei denen auch Blut und Eiter auftritt (für Zystitis ist charakteristisch der Harndrang in akuten Fällen, die Wirksamkeit von Blasenspülungen in chronischen). Wichtig ist der Nachweis von Tuberkelbazillen, doch muß, wenn er nicht bald auf mikroskopischem Wege gelingt, das Tierexperiment herangezogen werden; auch dieses kann trotz bestehender Tuberkulose versagen, wenn eine abgeschlossene Nierentuberkulose vorliegt. Die Prognose der Erkrankung ist nicht durchaus ungünstig, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wird. Einseitige Erkrankungen sind durch Operation zu völliger Genesung zu bringen. Die operative Behandlung ist der internen bei weitem überlegen, auch das Friedmannsche Mittel hat versagt. Von der Operation auszuschließen sind Fälle mit mehrfachen, weit über den Organismus verbreiteten tuberkulösen Prozessen, während isolierte Herde kein Gegengrund sind. Blasentuberkulose kann sogar eher zur Operation auffordern. Bei doppelseitiger Erkrankung kann unter Umständen Entfernung der einen stärker erkrankten Niere in Frage kommen, wenn der Zustand der anderen so ist, daß die Operation lebensverlängernd wirkt. Nicht operable Fälle gehen meist einer schlechten Zukunft entgegen.
E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Vaginale Pulvertrockenbehandlung, von A. Stern-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 21, S. 849—851.) Beschreibung eines neuen Pulverbläsers „Gynaiki"-Bläser. F. Landauer-Berlin.

Rektum und Anus.

Ätiologie und Pathogenese von Afterjucken und Pruritus ani (Etiology and Pathogenesis of Anal Pruritus and Pruritus ani), von J. F. Montague-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 117, Nr. 8.) Der gewöhnlich als Pruritus ani bezeichnete Symptomenkomplex muß in einen direkten und indirekten Pruritus geschieden werden. Zu ersterem führen alle direkt auf die Nervenendigungen der pruritischen Zone wirkenden in oder auf der Haut gelegenen Reize; ihre periphere Lokalisation kann dadurch bewiesen werden, daß der Pruritus durch Infiltration der betroffenen Gegend mit Anästetizis oder örtliche operative Eingriffe beseitigt werden kann. Die Gruppe der Ursachen des indirekten Pruritus umfaßt alle bisher als konstitutionell oder reflektorisch bezeichneten Fälle. In längeren hypothetischen Auseinandersetzungen wird die

Digitized by Google

Beziehung der Nerven der Intestinalorgane und der juckenden Zonen besprochen, die so auf alle möglichen die ersteren treffenden Reize reagieren. Der direkte, als Pruritus ani zu bezeichnende Pruritus ist eine Krankheit, der indirekte, als Analjucken zu bezeichnende, ein Symptom. E. Levin-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Das religiöse Erleben in der Pubertät, von Gerhard Bohne. (Zschr. f. Sexualw., 1923, Bd. 10, H. 1.) Religiosität ist schon im Leben des Kindes vor der Pubertät nachweisbar. Mit dem sexuellen Erwachen erwacht auch die religiöse Anlage zu völligem geistigen Leben; es folgen in der Jugendentwicklung drei Perioden aufeinander: ein erster Höhepunkt des religiösen Lebens, eine Zeit der religiösen Entfremdung und der Hinwendung des jungen Menschen zu den anderen Lebensgebieten, ein zweiter religiöser Höhepunkt, in der die religiöse Entwicklung ihren Abschluß findet. Jetzt werden alle Lebensgebiete vom religiösen Zentrum aus durchdrungen, auch die der Erotik und der Sexualität. Die Beziehungen sind gegenseitige, die Erotik hinterläßt ihre Spuren in der Marienverehrung, Jesusmystik, die Religion gestaltet das Gebiet der Erotik, indem sie Ehe, Kindeszeugung, Erziehung, sowie die gesamte sexuelle Betätigung religiös wertet und den religiösen Gesetzen unterstellt. E. Levin-Berlin.

Die sogenannte sexuelle Anästhesie der Frau, von Albert Moll-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 20, S. 675—678, Nr. 21, S. 714—716.) Der volle Orgasmus, d. h. die höchste subjektive Wollustempfindung mit nachfolgendem Befriedigungsgefühl pflegt nur dann einzutreten, wenn der Detumeszenzvorgang mit dem Kontraktationsvorgang innig verknüpft ist. Der Detumeszenz geht die Turgeszenz voran, die durch Reizung der erogenen Zonen oder durch rein psychische Reize erzeugt wird. Diese Reize genügen nicht zur Detumeszenz, vielmehr sind hier stärkere, meist rhythmische Reize erforderlich. Der Geschlechtstrieb (hier als Trieb zum Beischlaf verstanden) kann bestehen, ohne daß es zu einem Orgasmus kommt, andererseits kann dieser ohne bestehenden Trieb eintreten. Manche Frauen sind auch schon durch die Vorlust befriedigt. Ejakulation kann eintreten ohne Orgasmusgefühl, dieses kann beim Beischlaf fehlen, während es durch Masturbation erzeugt werden kann, auch können erotische Träume mit Orgasmus und Ejakulation verlaufen, während beim Beischlaf Orgasmus fehlt. Periodizität des Triebes kommt vor, ist jedoch nicht das Gewöhnliche. Fehlen der peripheren Lust oder Wollust (obgleich das adäquate Objekt als Ziel des Kontraktionstriebes vorhanden sein kann) wird als sexuelle Anästhesie bezeichnet. Es kann diese darauf beruhen, daß der für die Ejakulation geeignete Reiz fehlt (zu schwache, zu starke Reize, Reize nicht an der Stelle, an der die Ejakulation ausgelöst wird, Fehlen des individuellen Rhythmus); es kann dabei eine völlige Inkongruenz mit dem beim Manne ausreichenden Reiz bestehen. Ein Teil der Fälle kann auf Hemmungen beruhen, die mit der seit Jahrhunderten gewohnheitsmäßigen keuschen Erziehung des Weibes zusammenhängen. Eine wesentliche Rolle spielt der Elektivismus der Frau; damit die zum Orgasmus führenden peripheren Reize ausgelöst werden, bedarf sie ihres Typs von Mann, und auch bei diesem kann sie versagen, wenn ihre Liebe auf einen anderen Mann konzentriert ist. Damit stimmt auch die häufig zu beobachtende Tatsache überein, daß Prostituierte im Verkehr mit dem Zuhälter, den sie lieben, Befriedigung finden, bei anderen Männern nicht. Manche Fälle von sexueller Anästhesie können durch örtliche Erkrankungen zustande kommen. Die Frage, ob die Klitoris beim Menschen noch wie beim Tiere Wollustorgan ist, muß bejaht werden; so kann auch Ausbleiben des Orgasmus durch mangelhafte Reizung der Klitoris beim Koitus erklärt und durch gewisse Veränderungen der Stellung beim Akt gebessert werden. Eine hysterische Anästhesie kommt kaum in Frage; Masturbation kann zu ihr führen. Über die Häufigkeit des Vorkommens gehen die Ansichten sehr auseinander. Die Notwendigkeit des Orgasmus für die Befruchtung erscheint fraglich. Die sexuelle Anästhesie kann bei der Frau Widerwillen gegen den Koitus hervorrufen und zu Zerrüttung der Ehe führen. Die Behandlung richtet sich nach den verschiedenen Ursachen und erfordert eine genaue Feststellung, ob Orgasmus bei nächtlichen Träumen und bei Masturbation vorhanden ist, ob ein anderer Mann geliebt wird, ob gynäkologische Erkrankungen sein Auftreten hindern; bei psychischen Hemmungen kommen Hypnose und Suggestion in Betracht, auch Belehrung beider Teile ist oft erforderlich. E. Levin-Berlin.

Eine neue Darreichungsform der Prophylaktika gegen venerische Krankheiten, von P. Schwarz-Novi Sad (Serbien). (D. m. W., 1923, Nr. 12, S. 388.) Mit Albarginlösung imprägnierte und im Vakuum-Apparat getrocknete Watte wird zum Ge-

Digitized by Google

brauch in Wasser getaucht. Nach Herausnahme des Wattebäuschchens wartet man 1—2 Minuten bis zur vollständigen Auflösung des imprägnierten Mittels und instilliert die Flüssigkeit in die Harnröhre. Diese Methode macht die Verwendung von Flaschen, Tropfpipetten und Gummikappen überflüssig. F. Harry-Wiesbaden.

Geschlechtskrankheiten und Ehe, von Ludwig Warlsch-Prag. (M. Kl., 1923, Nr. 22, S. 745—748.) Im Falle eines voraufgegangenen Trippers beim Manne kann der Verdacht einer Impotentia generandi bestehen, sie bedingt kein Eheverbot, der Zustand kann sich auch später bessern. Bei chronischen Veränderungen sind Reizproben möglichst ausgedehnt vorzunehmen, doch sind negative Befunde nicht für Heilung beweisend. Am sichersten ist Dehnung mit nachfolgender Instillation von Arg. nitr. $^1/_2$—1% oder Cupr. sulf. 5% oder Spülungen mit Arg. nitr. 1:4000 innerhalb 6—7 Tagen 1—3mal. Längere Beobachtung ist nötig, ungefähr 10 negative Präparate von Sekret und Fäden. Chronische Prostatitis läßt Anlegen von Kulturen wünschenswert erscheinen, ebenso Vesikulitis, bei beiden ist die Prognose zweifelhaft, jedoch geben die praktischen Erfahrungen in zahlreichen Ehen schließlich keine so schlechten Resultate. Bei voraufgegangenem Tripper der Frau auf jeden Fall vor der Ehe monatelange Behandlung und Beobachtung. Bei der Syphilis ist von Bedeutung (soweit anamnestisch feststellbar), das Stadium, in dem die Behandlung begann, damaliger Blutbefund, eventuelle klinische und Serorezidive, momentan noch vorhandene klinische Blut- und Liquorbefunde, Art und Umfang der voraufgegangenen Behandlung, seit der Infektion verflossene Zeit. Für die hiernach zu bewertenden verschiedenen möglichen Fälle werden eingehende Vorschriften für die Zeit, nach der die Ehe gestattet werden kann, gegeben, auch bei von Beginn an seronegativen Primäraffekten und Fehlen von Rezidiven wird empfohlen, 3 Jahre zu warten. Die Lumbalpunktion ist, sobald Sekundärerscheinungen oder Rezidive vorgelegen hatten, erwünscht, sie kann ausschlaggebend sein, bei serologischen Rezidiven, wenn der Versuch, einen negativen Umschlag herbeizuführen, nicht gelingt. Bei tertiären Erscheinungen noch zweijährige Behandlung, Eheerlaubnis bei negativer WR. Bei nervösen Symptomen ohne Zeichen einer Systemerkrankung (Pupillenstarre) unbedingt Lumbalpunktion, die Fälle bleiben oft stationär. Tabes und Paralyse schließen die Erlaubnis aus, Gefäßerkrankungen sind sehr zu beachten, es kann mit Erfolg versucht werden, sie zu bessern. Bei Frauen sind die Bedingungen noch strenger zu stellen, besonders wenn schon die Geburt syphilitischer Früchte vorausgegangen ist. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Zur Frage der Häufigkeit der venerischen Krankheiten in den letzten Jahren, von Ssutejeff. (Moskauer Med. J., 1922, Nr. 5/6, S. 74.) Verf. bearbeitete das ambulatorische Material des bekannten Mjassnitzki-Stadthospitals in Moskau. 1912: 31167 Kranke, 1914: 32249, 1919: 17436. Seit 1920 steigende Krankenzahl: 1920 8236 und 1921 9902. Vergleicht man aber die verschiedenen Krankheiten miteinander, so erhält man ein ganz anderes Bild: Im Jahre 1912 gab es Kranke mit Syphilis zu 15,9%, dagegen im Jahre 1921 zu 40,6%. mit Tripper 1912 zu 21,8%, 1921 zu 16,9%, mit Ulcus molle 1912 zu 15,7%, 1921 zu 6,0%. Wir sehen also einen gewaltigen Anstieg an Syphilis. A. Jordan-Moskau.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Gegenmaßregeln in Amerika (Control of Venereal Disease. Repressive Measures in America.) Schriftleitung. (Lancet, 1923, Nr. 5201, S. 919.) Nach dem Jahresbericht des Department of Health of the State of New Jersey für das Jahr 1922 betrug 1921 die Zahl der der gesetzlichen Vorschrift entsprechend gemeldeten Fälle von Geschlechtskrankheiten 5989, was bei einer Einwohnerzahl von $3^1/_4$ Millionen einen Prozentsatz von weniger als 2:1000 ergeben würde. Daraus entnimmt Verf. die Schlußfolgerung, daß der gesetzliche Meldezwang schlechtere Resultate ergibt als das in England verfochtene Prinzip der staatlichen Fürsorge für billige und diskrete Behandlungsgelegenheiten. Die Bestrebungen zur weiteren Ausbreitung von Kenntnissen und zur statistischen und sonstigen Erforschung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch besondere Behörden (Medical Case Worker) werden lobend hervorgehoben. Ferner wird auf die neuesten strengen Gesetze im Staate Illinois hingewiesen, wo die ärztliche Untersuchung von infektionsverdächtigen Frauen und Männern zwangsweise durchgeführt werden soll, und Übertretungen in bezug auf die Übertragung von Geschlechtskrankheiten mit Gefängnis bestraft werden können. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Das Anwachsen der heimlichen Prostitution, von Martin Gumpert, Abt. Buschke, Berlin. (M. Kl. 1923, Nr. 19.) Die Zuweisung von seiten der Polizei aufgegriffenen, noch nicht unter Kontrolle gestellten Mädchen zeigte eine ganz auffallende, nicht allein durch ein schärferes Zugreifen der Polizei zu erklärende Zunahme sowie ein Übergreifen auf soziale Schichten, die bisher nicht von der geheimen Prostitution ergriffen waren. Die Zunahme dieser scheint mit dem Steigen der Indexziffer der Kosten der Lebenshaltung in einem gewissen Parallelismus zu stehen; als veranlassendes Moment kommt also eine soziale Notlage in Betracht, die jedoch mehr durch Verschiebung und Vermengung einzelner Schichten des Volkes, enges Nebeneinander von Armut und Reichtum, ökonomische Umschichtung, Drang nach höherem Lebensniveau, als durch direkte Not zu erklären ist. Die veränderten wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse haben auch ungünstig auf die Sexualethik des Mittelstandes eingewirkt. Neben der allgemeinen Zunahme ist besonders wichtig der steigende prozentuale Anteil des frischen Zustromes — der erstmalig Aufgegriffenen —, der innerhalb 8 Monaten von 60% auf 85% stieg. Von den persönlichen Verhältnissen der Mädchen ist hervorzuheben, daß verhältnismäßig selten beide Eltern lebten, unehelich geboren waren nur ungefähr 7%. Schlechte Verhältnisse des Arbeitsmarktes spielten in der fraglichen Zeit keine Rolle, vielmehr bei relativ guter Entlohnung der Drang nach Luxus und Genuß des Lebens. Die steigende Zahl der unkontrollierten unter den sich prostituierenden Mädchen steigert die Gefahren der geschlechtlichen Ansteckung, da der Prozentsatz der Erkrankten unter den Aufgegriffenen ein großer ist (44%). Es erscheint daher unbedingt erforderlich, möglichst viele heimliche Prostituierte einer sanitären Kontrolle zuzuführen; in dieser Hinsicht glaubt Verf. auf das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einige Hoffnung setzen zu können (aber doch wohl nur unter der Voraussetzung der Mitwirkung einer energischen polizeilichen Exekutive Ref.!).

E. Levin-Berlin.

Verschiedenes.

Über Geschlechtsabhängigkeit erblicher Krankheiten, von H. W. Siemens-München. (Virch. Arch., 1923, Bd. 240, H. 3, S. 530.) Aus der mit zahlreichen Stammbäumen und Tabellen ausgestatteten Arbeit sei nur das allerwesentlichste hervorgehoben. Über die dominant-geschlechtsgebundene Vererbung sind unsere Kenntnisse noch recht unbestimmt, es sollen neben dem manisch-depressiven Irresein und der Hysterie die Fettsucht und die Anlage zu Basedow hierher gehören. Besser Bescheid wissen wir über die rezessiv-geschlechtsgebundene Vererbung, die vom Vater über die äußerlich gesunde Tochter auf den Enkel übertragen wird. Aus dermatologischem Gebiet sind hier die Anidrosis, Keratosis follicularis, eine besondere Form bullöser Dystrophie und 1 Fall von weißer Haarlocke am Hinterkopfe einzureihen. Während über die rezessiv-geschlechtsbegrenzte Vererbung, unter die vielleicht die Hydroa vacciniformis und eine mit ihr kombinierte Onychodystrophie fallen, unsere Kenntnisse sehr unsicher sind, wissen wir mehr über die dominant-geschlechtsbegrenzte Vererbung, deren Repräsentanten die Hypospadie und die Recklinghausensche Krankheit sind. Wahrscheinlich ist auch noch eine kompliziert-geschlechtsbegrenzte Vererbung (Epithelioma adenoides cysticum Brooke) abzutrennen.

E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der 6. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie, der am 26. Sept. hätte eröffnet werden sollen, wurde bis auf weiteres vertagt.

Der Kongreß der Schweizerischen Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft findet am 15. und 16. Oktober in Lugano unter dem Vorsitze von Dr. Antonietti statt. Thema: Röntgentherapie in der Dermatologie.

Prof. Rocco De Luca, Direktor der Dermatologischen Klinik in Catania, ist infolge erreichter Altersgrenze vom Lehramte zurückgetreten.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Oktober 1923 | Nr. 42 | Band 77

Aus dem Dermatologikum von Prof. Dr. Unna in Hamburg.

Eine neue serologische Methode zur Erkennung der Lepra.

Von

Dr. H. Muchow in Hamburg und D. M. Levy in Amsterdam.

Nachdem C. Bruck, in der D. m. W., 1922, Nr. 15, eine neue Ausflockungsreaktion zur Syphilisdiagnostik beschrieben hatte, wurde dieselbe im hiesigen Laboratorium an einer Anzahl Fälle nachgeprüft. Bei dieser Gelegenheit kamen die Verfasser auf den Gedanken, die genannte Methodik in modifizierter Form auf die Lepra zur Anwendung zu bringen, um dadurch möglicherweise eine bisher immer noch ausstehende spezifische Reaktion für diese Krankheit zu finden.

Es wurde in der Weise vorgegangen, daß zunächst genau nach der von Bruck angegebenen Vorschrift ein Extrakt hergestellt wurde, für den statt Rinderherzen eine größere Anzahl exzidierter Lepraknoten verwendet wurde. Zu diesem Zwecke standen uns eine Reihe Patienten des Lepraheims von Prof. Unna zur Verfügung. Es wurden nur frische Neubildungen, an denen noch keine intensive Behandlung ausgeführt war, benutzt.

Die Stücke wurden fein zerkleinert und mit der fünffachen Menge Alkohol 96%ig übergossen, täglich umgeschüttelt und 8 Tage stehen gelassen. Alsdann wurde filtriert und auf die doppelte Menge mit physiologischer Kochsalzlösung zweizeitig aufgefüllt. Damit war der Extrakt gebrauchsfertig (Extr. I s. Tab.).

Zu den weiteren Versuchen standen uns 4 Patienten mit ausgeprägter und mikroskopisch erwiesener Lepra zur Verfügung. Denselben wurde eine Blutprobe entnommen und 0,2 ccm des inaktivierten Blutserums mit 0,8 ccm 10%ige NaCl-Lösung versetzt und 0,2 ccm des oben genannten Extraktgemisches hinzugesetzt. Dann wurde geschüttelt und 20 Minuten zentrifugiert. Das Ergebnis war absolut negativ sowohl bei unseren Patienten als auch bei unseren syphilis-positiven und negativen Kontrollfällen. Es wurde dann ein zweiter Extrakt versucht, der sich von dem ersten dadurch unterschied, daß er mit einem Gemisch von Alkoholäther āā angesetzt und am Ende des achttägigen Stehens ½ Stunde im Wasserbad bei 56° gehalten wurde.

Nach der Filtration wurde nur die eine Hälfte mit NaCl āā verdünnt (Extr. II s. Tab.), während die andere unverändert benutzt wurde (Extr. III s. Tab.).

Digitized by Google

Der mit NaCl verdünnte Extrakt ergab in allen vier Fällen ein schwach Bruck-positives Resultat, während in den syphilis-positiven und -negativen Kontrollen teils schwach positive, teils negative Ergebnisse erzielt wurden.

Dagegen ergab der reine Alkohol-Äther-Extrakt einen starken positiven Ausfall bei den Leprösen, einen schwachen positiven Befund bei den Kontrollen.

Ein vierter Extrakt (Extr. IV s. Tab.) wurde nur mit physiologischer Kochsalzlösung angesetzt, mit 1 ccm 0,5 % Karbolsäurelösung versetzt und ebenfalls eine halbe Stunde im Wasserbad bei 56° gehalten.

Nach dem Filtrieren war er gebrauchsfertig. Die hiermit erzielten Resultate waren + — in 3 Fällen, + in einem Falle und die Kontrollen mit Ausnahme eines schwach positiven Falles alle negativ.

Die bisher angeführten Resultate ergeben somit, daß von einer Spezifität der Reaktion für Lepra bei keinem der Extrakte gesprochen werden konnte. Wir führten den Versuch dann weiter, indem wir einen Extrakt mit Alkohol-96 %-Kochsalz (0,9 %) āā ansetzten, ihn ebenfalls 8 Tage stehen ließen und dann eine halbe Stunde bei 56° im Wasserbade hielten. Dieser, nach der Filtration opalisierende Extrakt wurde unverändert in der oben beschriebenen Weise zur Reaktion benutzt.

Das Ergebnis war nun ein auffallendes. Es zeigte sich nämlich, daß nicht wie bei den bisherigen Fällen durch das Zentrifugieren ein oberflächliches Häutchen in positiven Fällen entstand, sondern im Gegenteil ein dicker Bodensatz sich bildete. Nur durch heftiges Schütteln ließ sich derselbe in dicke Flocken auflösen.

In allen vier Leprafällen zeigte sich diese von uns als positiv bewertete Erscheinung, während sie bei sämtlichen syphilis-positiven und -negativen Kontrollen ausblieb und statt dessen eine vollständig klare Lösung zu erkennen war. Auch bei wiederholter Prüfung dieser Reaktion ergab sich dasselbe Resultat bei Lepra-Serum resp. anderem Serum.

Der Übersichtlichkeit wegen geben wir unsere Befunde nachstehend tabellarisch wieder.

Fall	Alkohol-Extrakt I	Alkohol-Äther-NaCl II	Alkohol-Äther III	NaCl IV	Alkohol-NaCl āā V
Lepra S.	—	+	++	±	+++
„ A.	—	+	++	±	+++
„ M.	—	+	++	±	+++
„ F.	—	+	++	+	+++
Kontrollen: Syphilis +	—	—	+	—	—
„ —	—	—	+	—	—
„ +	—	+—	+	—	—
„ —	—	+—	+	±	—

Dieses Ergebnis veranlaßt uns, in dem Alkohol-Kochsalz-Extrakt (V) ein geeignetes Reagens für eine spezifische Reaktion auf Lepra zu erblicken, und wir hoffen, daß dieselbe an dem größeren Krankenmaterial ausländischer Leprosorien zur Nachprüfung gelangt.

Digitized by Google

Aus dem Pathologisch-bakteriologischen Institut des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg (Direktor: Dr. W. Steinbiss).

Vergleichende Untersuchungen zur Pharmakologie und Bakteriologie einiger Silberpräparate mit besonderer Berücksichtigung des Targesins[1]).

Von

W. Steinbiss.

Die namentlich durch die Untersuchungen Behrings erwiesene Tatsache, daß Silberverbindungen unter allen therapeutisch verwendeten Desinfizientien am wirksamsten sind, haben den Silberpräparaten in der Behandlung von Infektionen besonders direkt zugänglicher Schleimhäute ein weites Anwendungsgebiet gesichert und dazu geführt, immer neue Verbindungen zu suchen, die womöglich die Vorzüge ihrer Konkurrenten beibehalten und ihre Schwächen beheben sollen. Die Schwierigkeiten für die Erreichung des gesteckten Zieles sind ersichtlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß der erstrebte Zweck eigentlich zwei einander sich beinahe ausschließende Forderungen vereinigen soll.

Ein therapeutisch in Anwendung kommendes Desinfiziens soll

1. auf die lebende Substanz des Krankheitserregers abtötend wirken,
2. soll es die lebendige Substanz des Krankheitsträgers nicht schädigen.

Es zeigt sich denn auch, daß sicher keimtötende Chemikalien in ausreichender Konzentration nicht nur den Krankheitserreger abtöten, sondern auch die Gewebe am Orte der lokalen Einwirkung in mehr oder weniger hohem Maße schädigen. Damit steht weiter im Zusammenhang die Erscheinung, daß die intensivst wirkenden Desinfizientien von geringer Tiefenwirkung sind und etwas tiefer ins Gewebe eingedrungene Krankheitskeime überhaupt nicht erreichen. Deshalb tritt heute nicht mehr so sehr die Forderung nach einer absoluten Desinfektion in den Vordergrund, als vielmehr die der Wachstumshemmung und der Tiefenwirkung, wobei unter letzterer auch die physiologische Beeinflussung gewisser Gewebsbestandteile, besonders auch des lokalen Gefäßapparates, verstanden wird (adstringierende Wirkung).

Man wird also für die Beurteilung eines Präparates nach seiner therapeutischen Wirksamkeit die Untersuchung auf mindestens folgende Punkte ausdehnen müssen:

1. Wirkt das zu untersuchende Präparat überhaupt in irgend einer Konzentration schädigend auf das Gewebe?
2. In welcher Konzentration und in welcher Zeitdauer wirkt es im bakteriologischen Reagenzglasversuch abtötend auf bestimmte Krankheitskeime?
3. In welcher Weise und in welcher Zeitdauer wird vom Nährboden so viel vom Präparate aufgenommen, daß es ein Wachstum verhindert, zum mindesten ausgesprochen hemmt, und

[1]) Über die klinischen Erfahrungen berichten C. Siebert und Henryk Cohn.

Digitized by Google

4. welche physiologischen Wirkungen bedingt es am lebenden Organismus, und sind diese physiologischen Wirkungen geeignet, seine Wirksamkeit gegenüber dem Krankheitserreger zu unterstützen?

Von diesen Gesichtspunkten habe ich eine Reihe der geläufigsten therapeutischen Silberpräparate neben einem neuen, dem Targesin[1]), geprüft und stelle meine Resultate in folgendem zusammen. Es wurden untersucht: Protargol, Albargin, Hegonon, Choleval und Targesin.

Die Untersuchung in bezug auf schädigende Wirkung gegenüber dem lebenden Gewebe erübrigt sich, da keins der Präparate in Konzentrationen, die eine solche Schädigung vermuten lassen, geprüft wurde.

Die Untersuchung bezüglich der Desinfektionskraft wurde in der schon von anderer Seite (Siebert, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1910, Bd. 65) geübten Weise ausgeführt. 24stündige Gonokokkenkulturen wurden mit Aszitesbouillon abgeschwemmt, gleiche Teile der abgeschwemmten Kulturen mit den angeführten Silberpräparaten jeweils in der doppelt starken Konzentration, die die Tabelle anführt, bei 37° gemischt und von dieser Mischung Aszitesagar jeweils nach 5, 10 und 15 Minuten ausgiebig beimpft, die angelegten Kulturen nach 24, 48 und 72 Stunden auf Wachstum nachgesehen; nach 72 Stunden wurde der Versuch abgebrochen. Daß entsprechende Kontrollkulturen von nicht der Wirkung der Präparate ausgesetzter Abschwemmung angelegt wurden, ist selbstverständlich. Über die erhaltenen Resultate gibt Tabelle I Auskunft. (Siehe Tabelle I.)

Tabelle I. Desinfektionsversuche.

Konzentration	Protargol Minuten			Albargin Minuten			Hegonon Minuten			Choleval Minuten			Targesin Minuten		
	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15
1:4000	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1:3000							+	+	+				+	+	+
1:2000	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
1:1000				+	+	−	+	+	+	+	+	+	+	−	=
1:800	−	−	−	=	=	0	+	+	+						
1:400	0	0	0	0	0	0	+	=	=	+	+	=	+	=	=
1:200	0	0	0	0	0	0	−	=	=	0	0	0	0	0	0
1:100	0	0	0	0	0	0	−	=	=	0	0	0	0	0	0
1:50										0	0	0	0	0	0

+ = üppiges Wachstum, − = geringes Wachstum, = = sehr geringes Wachstum 0 = kein Wachstum.

Die Desinfektionsversuche zeigen, daß mit Ausnahme des Hegonons alle Silberpräparate bis zu einer Konzentration von 1 : 200 Gonokokken schon bei einer Einwirkungsdauer von 5 Minuten vollkommen abtöten. Bei Protargol liegt die Grenze zwischen 1 : 400 und 1 : 800 (nach Siebert 1 : 700), desgleichen bei Albargin. Dann zeigt sich eine in ziemlich engen Grenzen liegende Wachstumshemmung, die etwa bis zu einer Verdünnung von 1 : 1000 reicht; sie ist am ausgesprochensten beim Protargol, Albargin und Targesin.

[1]) Komplexe kolloidale Diazetyltannin-Silbereiweißverbindung. (Gödecke & Co., Chem. Fabrik, Akt.-Ges., Berlin N 4.)

Digitized by Google

Choleval und Targesin decken sich in bezug auf keimtötende Wirkung bis zu einer Verdünnung von 1 : 200, darüber hinaus ist eine Wachstumshemmung unverkennbar, sie macht sich beim Targesin aber in einem breiteren Spielraum geltend und reicht herauf bis zu einer Verdünnung von 1 : 1000. Die wenigen Kolonien, die nach Einwirkung starker Verdünnungen noch angehen, zeigen dann aber bei Überimpfung auf frische Nährböden keine geschwächte Vitalität, sie wachsen ebenso üppig wie nicht behandeltes Kulturmaterial.

In einer Beziehung bestehen gegenüber den Siebertschen Resultaten geringe Unterschiede. Die wachstumshemmende, nicht die keimtötende Wirkung liegt bei ihm zum Teil nicht unbeträchtlich höher. Ich habe natürlich nach einer Erklärung dieses Unterschiedes gesucht und kann ihn nur in einer Verschiedenheit in den verwendeten Nährböden vermuten. Siebert verwandte wohl Nährböden, die mit aus tierischem Material gewonnener Bouillon hergestellt waren, mein Ausgangsmaterial war Bouillon aus menschlicher Plazenta. Ich nehme an, daß meine Nährböden den Lebensbedingungen empfindlicher menschlich-pathogener Keime (Meningokokken, Gonokokken) mehr entsprechen, konsequenterweise werden derartig gezüchtete Stämme in ihrer Vitalität weniger geschwächt und sind einwirkenden Desinfizientien gegenüber resistenter.

Der dritte Punkt betrifft die Wirkung der Mittel auf den Nährboden; sie laufen unter der Bezeichnung der Nährbodenverschlechterungsversuche. Die Aszitesagarnährböden werden mit den verschiedenen Präparaten bei 37° beschickt, die Lösungen nach 5, 10 und 15 Minuten abgegossen, die Nährböden dreimal mit sterilem Wasser abgespült und dann beimpft. Zur Anwendung kamen die in der Therapie üblichen Konzentrationen; nur bei Albargin ging ich über diese Konzentrationen hinaus, da die Untersuchungen Sieberts schon ergeben hatten, daß therapeutisch übliche Konzentrationen eine Nährbodenverschlechterung nicht erkennen lassen. Bei Betrachtung der Tabelle II fällt nun sofort auf, daß bei Albargin auch die höheren Konzentrationen ohne Einfluß auf die Nährböden sind. Das mag in der Natur des Präparats begründet sein; es handelt sich um eine Doppelverbindung von Argent. nitricum und Gelatose. Die Bindung an Gelatose beeinträchtigt offenbar die Diffusionsvorgänge gegenüber dem Aszitesagar ungünstig, so daß das Medikament durch das dreimalige Spülen mit sterilem Wasser wieder restlos von der Oberfläche des Nährbodens entfernt wird.

Tabelle II. Nährbodenverschlechterungsversuche.

Konzentration	Protargol Minuten			Albargin Minuten			Hegonon Minuten			Choleval Minuten			Targesin Minuten		
	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15
1 : 2000				+	+	+									
1 : 1000				+	+	+									
1 : 500				+	+	+									
1 : 400	+	−	+				+	+	+	−	=	0	=	=	0
1 : 200	−	−	=				+	+	−	0	0	0	0	0	0
1 : 100	0	0	0				+	−	−	0	0	0	0	0	0
1 : 50													0	0	0

Digitized by Google

Ähnlich liegen die Verhältnisse wohl beim Hegonon: auch hier wird ein Wachstum auf dem vorhandenen Nährboden nicht verhindert, immerhin ist eine deutliche Abschwächung in Konzentrationen von 1 : 50 und 1 : 100 unverkennbar.

Ausgesprochen ist die Nährbodenverschlechterung bei Choleval und Targesin. Bei beiden wird jedes Wachstum nach Behandlung der Nährböden mit Lösungen von 1 : 50 bis 1 : 200 vollkommen verhindert, bei 1 : 400 noch erheblich abgeschwächt, ein wesentlicher Unterschied in bezug auf Beeinflussung des Nährbodens besteht wie schon beim Desinfektionsversuch nicht.

Nicht ohne Interesse ist in meinen Versuchen eine Erscheinung: Siebert hatte die Lösungen der Desinfizientien jeweils nur 5 Minuten auf die Nährböden einwirken lassen, ich habe, mit der Möglichkeit rechnend, daß eine längere Einwirkung von einer intensiveren Beeinflussung des Nährbodens gefolgt sein könnte, den Kontakt zwischen Nährboden und Lösung auf 10 und 15 Minuten ausgedehnt. Dabei zeigt sich nun, daß die Einwirkungsdauer fast ohne Einfluß auf die Wirkung ist; was innerhalb 5 Minuten in bezug auf Nährbodenverschlechterung nicht erreicht ist, wird auch nach 10 und 15 Minuten nicht erzielt. Nur das Hegonon scheint eine gewisse Ausnahme zu bilden, und die Ergebnisse weisen darauf hin, daß die desinfizierende Wirkung mit der Dauer der Berührung zwischen Nährboden und desinfizierender Lösung gesteigert wird.

Die nachhaltige Wirkung des Desinfiziens wird wesentlich mit davon abhängen, wie weit es in die Tiefe vorzudringen mag. Schon bei den Nährbodenverschlechterungsversuchen fiel auf, daß bei Protargol, namentlich aber bei Choleval und Targesin, also den kolloidalen Lösungen, sich die Oberfläche des Nährbodens bräunlich verfärbt, die Verfärbung bleibt auch resistent gegen Abspülen mit sterilem Wasser. Es wird also zweifellos das Desinfiziens vom Nährboden aufgenommen und festgehalten. Da die Verfärbung aber in ihrer Tiefe nicht meßbar ist, wurde noch der Versuch gemacht, den Nährboden zu überschichten; so blieben dann die Nährböden 24 Stunden stehen und ließen so sehr gut die „Tiefenwirkung" durch die eintretende Verfärbung erkennen. Dabei zeigen sich ohne Rücksicht auf die Konzentration ganz wesentliche Unterschiede.

Bei Albargin bildet sich bei Aszitesagar nach einigen Stunden ein schmaler weißer Ring, der sich scharf absetzt und auch nach 24 Stunden keine Neigung zeigt, in die Tiefe vorzudringen, trotzdem der Silbergehalt der Lösung nicht erschöpft ist. Beim Hegonon erscheint der Aszitesagar vollkommen unverändert, nur an seiner Oberfläche hat sich ein leichter, bräunlicher Niederschlag abgesetzt, der sich restlos abspülen läßt. Eigentlich gegen die theoretische Erwartung dringen die kolloidalen Lösungen in die Tiefe. Beim Protargol färbt sich die Oberfläche bräunlich, die Bräunung setzt sich nach 24 Stunden etwa $^1/_2$ cm in die Tiefe fort, die Grenze nach unten ist unscharf.

Noch ausgeprägter ist das Verhalten beim Choleval und Targesin. Es findet bis zu 1 cm tief starke Bräunung des Nährbodens statt, die Grenze nach unten ist unscharf, und das Vordringen der Choleval- und Targesinlösungen setzt sich bei längerer Versuchsdauer, wenn auch etwas verlangsamt, weiter in die Tiefe fort.

Digitized by Google

Die Lösungen dringen nicht nur in den künstlichen Nährboden ein. Der Versuch am lebenden Mesenterium des Frosches zeigt, wenigstens beim Targesin, das ich hierauf allein untersuchte, daß bei längerer Versuchsdauer das Präparat tatsächlich vom Organismus aufgenommen und lokal gespeichert wird. Besonders intensiv braun färben sich die Bindegewebsfibrillen, die Verfärbung bleibt stundenlang bestehen und nimmt auch nach Ersatz der Lösung durch physiologische Kochsalzlösung nicht merkbar ab. Danach ist wohl einwandfrei der Beweis erbracht, daß tatsächlich eine Resorption an Ort und Stelle der Einwirkung stattfindet, daß bestimmte Zellen das Targesin speichern und die Möglichkeit einer Dauerwirkung in tieferen Gewebslagern zu erwarten ist.

Im Reagenzglas erweisen sich also gegenüber den Nährböden Choleval und Targesin wie auch schon im Desinfektionsversuch als die wirksamsten der untersuchten Präparate.

In physiologischer Hinsicht ist die Prüfung schwierig. Was soll therapeutisch erreicht werden? Eine Steigerung der Sekretion oder eine Hemmung? Ist die Sekretion Zweck der Applikation eines Medikamentes, so wird diese unter anderem erreicht durch gewebsreizende Eingriffe, dabei mag die Vorstellung der durch den Lösungsstrom bedingten Ausschwemmung des Infektionserregers das Ziel sein. Ob das praktisch erreicht werden kann, erscheint zweifelhaft. Durch diese Ausschwemmung würde das Medikament wohl bald mit entfernt werden, nicht vernichtete Keime hätten dann ein von Nährlösung durchtränktes und in seinem Gefüge gelockertes Gewebe vor sich, in dem nach anfänglicher Hemmung ein um so üppigeres Wachstum einsetzen müßte. Das andere Ziel kann sein: Beschränkung der Sekretion. Das zur Resorption gelangte, das Gewebe wenig oder gar nicht reizende Medikament bliebe länger an Ort und Stelle verankert und würde eine längere, auch desinfizierende Wirkung entfalten können. Das wird erreicht, wenn das Mittel einmal eine genügende Tiefenwirkung entwickelt und zum anderen auf die Gefäße wirkt, d. h. adstringierende Eigenschaften entwickelt.

Adstringierende Wirkung läßt sich nach Kobert[1]) im Reagenzglas an gewaschenen roten Blutkörperchen feststellen, die zutreffenden Falles Agglutination zeigen. Die Ausführung des Versuches macht indessen einige Schwierigkeiten. Die Resultate schwanken in verschiedenen Versuchen so sehr, daß die Versuche untereinander nicht zu vergleichen sind. In der Tabelle III wähle ich ein Beispiel, in dem gewaschene Hammelblutkörperchen im Testversuch mit Zinc. sulfuric. langsam agglutiniert werden; in anderen Versuchen verlaufen die einzelnen Phasen rascher oder sind, da schnell Hämolyse eintritt, überhaupt nicht zu beobachten, das hängt offenbar mit der verschiedenen Beschaffenheit der roten Blutkörperchen bei verschiedenen Tieren, zum Teil wohl auch mit einer verschiedenen Vorbehandlung zusammen. Den Ursachen bin ich, da sich Übereinstimmung der Versuche doch nicht erzielen ließ, nicht nachgegangen.

Beim Vergleich der einzelnen Lösungen fällt zunächst auf, daß das Albargin noch das als Testobjekt verwendete Zinc. sulfuric. an agglutinierender Wirkung übertrifft. Sehr gering und in engen Grenzen ist

[1]) Berichte d. deutsch. pharm. Gesellschaft, 1914, Bd. 24.

Digitized by Google

sie vorhanden bei Choleval, innerhalb therapeutisch üblicher Konzentrationen kommt sie beim Choleval überhaupt nicht zum Ausdruck. Beim Protargol tritt Agglutination bis zu einer Verdünnung bis zu 1 : 200 ein, dann folgt bei 1 : 800 der rasch einsetzenden Agglutination unvollkommene Hämolyse, dann bis zu 1 : 3200 Agglutination ohne Hämolyse. Targesin agglutiniert vollkommen bis zu Verdünnungen von 1 : 1600, stärkere Verdünnungen geben Hämolyse.

Tabelle III. Agglutinationsversuche.

		Minuten									Std.
		20	30	40	50	60	90	120	240	300	24
Protargol	1 : 200	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Albargin	1 : 200	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Targesin	1 : 200	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Zinc. sulf.	1 : 200	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Protargol	1 : 400	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁
Albargin	1 : 400	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Targesin	1 : 400	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Zinc. sulf.	1 : 400	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Protargol	1 : 800	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁	♁
Albargin	1 : 800	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Targesin	1 : 800			+	+	+	+	+	+	+	+
Zinc. sulf.	1 : 800	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Protargol	1 : 1600	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Albargin	1 : 1600			+	+	+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 1600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Targesin	1 : 1600					+	+	+	+	+	+
Zinc. sulf.	1 : 1600		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Protargol	1 : 3200	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Albargin	1 : 3200			+	+	+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 3200					+	+	+	+	+	+
Targesin	1 : 3200					+	♁	0	0	0	0
Zinc. sulf.	1 : 3200		♁	♁	0	0	0	0	0	0	0
Protargol	1 : 6400										
Albargin	1 : 6400			+	+	+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 6400					+	+	+	♁	♁	0
Targesin	1 : 6400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zinc. sulf.	1 : 6400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Protargol	1 : 12800										
Albargin	1 : 12800					+	+	+	+	+	+
Choleval	1 : 12800							♁?	♁?	0	0
Targesin	1 : 12800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zinc. sulf.	1 : 12800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

+ = Agglutination, ♁ = Agglutination gefolgt von Hämolyse, 0 = Hämolyse.

Perutz und Taigner (Derm. W., 1922, Bd. 74, Nr. 20) stellen hypothetische Betrachtungen an über die Bedeutung der Hämolyse und Agglutination für die Bewertung der verschiedenen Präparate als Des-

Digitized by Google

infiziens. Danach wären die zur Hämolyse führenden Präparate besonders zur Tiefenwirkung geeignet, während den agglutinierend wirkenden Konzentrationen nur Oberflächenwirkung zukommt.

Ich kann mich dieser Auffassung nicht bedingungslos anschließen. Die Agglutination ist ein physikalischer Vorgang, der sich in der von Perutz und Taigner vorgetragenen Weise an der Membran der Erythrozyten abspielen mag; die Auffassung gilt aber nicht ohne weiteres für andere Zellen. Sie ist praktisch genommen nur ein Hilfsmittel zur Erkennung der adstringierenden Wirkung auf die Gefäßwand. Die Kontraktion der Gefäßwand wirkt der Resorption doch nur in bedingtem Sinne entgegen, nämlich der Resorption durch die Blutbahn, nicht aber unter allen Umständen der Resorption von seiten des übrigen Gewebes am Orte der Anwendung. Die Gefäßwand schützt sich vor der Aufnahme des Adstringens durch eine physikalische Zustandsänderung vielleicht in ähnlicher Weise wie das rote Blutkörperchen durch seine Membran. Blut und Saftstrom werden am Orte der Applikation herabgesetzt und dadurch die Konzentration des therapeutischen Agens am Orte der Wirkung auf eine erstrebte Dauer ausgedehnt. Hämolytisch wirkende Mittel würden dann im Gegenteil die Resorption durch die Blutbahn erhöhen und rasch zu einer therapeutisch nicht mehr wirksamen Konzentration am Orte der beabsichtigten Wirkung führen. Der Reagenzglasversuch am Nährboden mag kein vollgültiger Beleg für die physiologische Tiefenwirkung sein; es läßt sich aber unter dem Mikroskop am Mesenterium des Frosches wenigstens beim Targesin beobachten, daß trotz einer intensiven und anhaltenden adstringierenden Wirkung auf die Blutgefäße eine starke Resorption und Speicherung im Bindegewebe statthat. Die Speicherung ist eine lang anhaltende, und hieraus läßt sich in therapeutischer Beziehung wenigstens vermutungsweise der Schluß ziehen, daß das lokal mit dem Gewebe verankerte Präparat, wenn auch nicht keimtötend, so doch mindestens im Sinne einer anhaltenden Nährbodenverschlechterung wirkt.

Im Targesin liegt ein neuartiger Körper, der neben einer stark bakterizid wirkenden Komponente eine ausgesprochen adstringierende enthält. Die adstringierende Komponente hat im Gegensatz zu anderen Adstringentien die eiweißfällende (ätzende) Wirkung eingebüßt und nur ihre vasokontraktorischen Eigenschaften beibehalten. Das in der komplexen Verbindung Targesin enthaltene Tanninderivat scheint gewissermaßen als Beize zu wirken und das desinfizierende Silber in dem Nährboden zu fixieren.

Die Versuche tun dar, daß im Targesin ein neuartiger Körper von ausgezeichnet desinfizierender und in besonderer Art adstringierender Wirkung gefunden ist, von dem zu erwarten steht, daß er nicht nur die große Zahl der bereits bekannten Silberpräparate um ein neues vermehrt, sondern daß es auch die im Experiment entfalteten Eigenschaften in der Therapie bewähren wird.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskranke der medizinischen Akademie zu Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr. C. Stern).

Über Wismuttherapie.

Von

Dr. Evening, Oberarzt.

Von unseren früheren zur Luestherapie mit zum Teil glänzenden Erfolgen verwandten Präparaten Hg und Salvarsan hat man schon lange das Quecksilber als nicht spezifisch wirkend erkannt. Das Salvarsan, gleich in welcher Form angewandt, hat die von Ehrlich ausgesprochene Hoffnung auf eine Sterilisatio magna nicht erfüllt, es galt aber doch noch immer als „das" Spezifikum gegen Lues, dessen Wirkung auf einer direkten Keimabtötung im kranken Körper beruhte, bis in letzter Zeit sich die Stimmen mehren, die auch seine Wirkung in einer indirekten, auf dem Umwege über gereiztes Körpergewebe, erklären wollen, wie Uhlenhuth dies übrigens stets getan hat. Schon vor der eigentlichen Salvarsanära hat mein Chef an eingehenden, vergleichenden Untersuchungen über die Wirkung verschiedener antiluetischer Medikamente (Atoxyl, Hg salicyl., Sublimat) festgestellt, daß allen diesen Medikamenten eins gemeinsam war, nämlich die Erzielung einer ausgesprochenen Hyperleukozytose, und auf die Bedeutung „der allgemeinen Hyperleukozytose als Faktor für die Heilung der Allgemeininfektion" hingewiesen, nachdem es schon im Jahre 1907 luetische Erscheinungen durch Nukleinsäureinjektionen zum Verschwinden brachte, also schon damals „unspezifische" Therapie betrieb, wie sie jetzt durch Weichardt und Schittenhelm für andere Erkrankungen unter dem Namen Protoplasmaaktivierung bekannt geworden ist. Auch wir neigen daher betreffs des Salvarsans der Uhlenhuthschen Ansicht zu, halten es jedoch, um dies gleich vorweg zu nehmen, nach wie vor für das Mittel der Wahl bei der Bekämpfung der Lues. Es ist jedoch verständlich, besonders wenn man die wenn auch seltenen Komplikationen der Salvarsanbehandlung fürchtet, daß man nach neuen Präparaten sucht, die spezifisch spirillozid wirken und das Salvarsan ersetzen können, und da lag es nahe, andere dem Arsen verwandte Metalle zu wählen [1]). Zunächst waren es Antimonpräparate, die auch wir hier erprobten, die aber dem Salvarsan an Wirkung wesentlich nachstanden. In Frankreich hat man schon lange, wohl aus einer gewissen Verlegenheit heraus, das Wismut in die Therapie eingeführt und dasselbe zum Teil begeistert aufgenommen. Hier in Deutschland war Hugo Müller der erste, der Versuche mit Wismutpräparaten, zunächst mit dem französischen Präparat Trepol anstellte und darüber berichtete. Damit war auch in Deutschland die Frage akut geworden, so daß unter den zahlreichen kleinen und großen chemischen Fabriken ein edler Wettbewerb in der Herstellung von

[1]) Versuche und Beobachtungen wurden gemeinsam mit Mertens und Fischer-Isbert ausgeführt.

Digitized by Google

Wismutverbindungen begann, der insofern von Erfolg gekrönt war, als wir schon bald über eine Anzahl verträglicher, den französischen Präparaten wohl nicht nachstehender Mittel verfügten. Es ist die Aufgabe der Kliniken, solche neue Präparate an klinischen, der besseren Beobachtung zugänglichen Patienten zu erproben. Bei der großen Zahl von Präparaten ist es auch den großen Kliniken gar nicht möglich, dieselben alle zu erproben und gegeneinander abzuwägen. Wir haben eine Reihe von Präparaten zur Verfügung gestellt bekommen, auf deren Wirkung wir gleich zu sprechen kommen. Vorweg müssen wir betonen, daß wir mit einer gewissen Skepsis an die ganze Wismuttherapie herangegangen sind, schon deshalb, weil wir uns die Wirkung ebenso denken, wie ich das oben beim Salvarsan angeführt habe. Da wir von Anfang an uns eine reine spirillozide Wirkung auch hier nicht gut vorstellen konnten, lag es nahe, den Gedanken zu haben: Warum ein neues Präparat, dessen Tücken wir noch gar nicht kennen, während wir mit dem altbewährten Salvarsan doch zum mindesten so gute Erfolge haben, wie sie aus Frankreich über das Trepol berichtet wurden. Für ein Mittel, das für eine solche tückische, chronisch verlaufende Krankheit bestimmt ist, ist natürlich auch die Zeit viel zu kurz, um ein Urteil darüber abgeben zu können, wenigstens kein Urteil über Dauererfolge. Wir können heute lediglich berichten über die Wirkung auf die Spirochäten, über die Nebenerscheinungen und über die Beeinflussung der WR, obgleich letzteres nicht, wie die Erfahrungen beim Hg gezeigt haben, gerade ausschlaggebend für die Güte eines Präparates ist.

In der Hauptsache haben wir uns mit vier deutschen Präparaten befaßt, mit dem Wismulen von Strohschein, der öligen Bisanemulsion von Bayer-Leverkusen, dem Cutren von Pasek und Wolf-Hamburg und dem Bismogenol Tosse, dem ersten brauchbaren deutschen Wismutpräparat. Wismulen wird intravenös, die drei anderen werden intramuskulär appliziert.

Die mit diesen Mitteln behandelten Fälle waren sorgsam ausgesucht, um Aufschluß zu gewinnen über den Einfluß des Wismuts

1. auf Primäraffekte und Spirochäten,
2. auf syphilitische Hauterscheinungen,
3. auf serologische Reaktionen.

Wir konnten uns im Interesse der Patienten nicht entschließen, seronegative Lues I mit Wismut zu behandeln, sondern nur seropositive. Im allgemeinen war die Heilwirkung auf Primäraffekte und die abtötende Wirkung auf Spirochäten ganz gut, wenn auch nicht ganz so gut wie beim Salvarsan. Auch war in dieser Beziehung die Qualität der vier angeführten Präparate verschieden. Die besten Erfolge sahen wir beim Cutren, Bisan und Bismogenol, weniger gut waren sie beim Wismulen. Bei der Cutren- und Bismogenolbehandlung schwinden die Spirochäten im Reizserumpräparat durchschnittlich nach 2—3 Injektionen, vereinzelt nach der 1. bzw. 4. Injektion. Ähnlich verhält es sich bei der öligen Bisanemulsion, allerdings waren hierbei in einem Falle noch nach der 7. Injektion Spirochäten einwandfrei nachzuweisen. Wismulen wirkte langsamer, durchschnittlich 4—5 Injektionen brachten die Spirochäten zum Verschwinden. In derselben Zeit zeigte sich nach der Anwendung der

Digitized by Google

Präparate die beginnende Heilung der Primäraffekte, also durchschnittlich nach 3—4 Injektionen.

Die luetischen Exantheme zeigten bei den Bi-Präparaten häufig die Herxheimersche Reaktion; urtikarielle Formen, wie sie Voehl dabei häufiger gesehen, haben wir nicht beobachtet. Was die Wirkung auf die Papeln und besonders auch auf Exantheme anbetrifft, so war dieselbe bei allen unseren Wismutpräparaten im Vergleich zum Neosalvarsan eine recht langsame. Mehrfach wurden Exantheme überhaupt nicht zum Schwinden gebracht, nur blaßten sie allmählich etwas ab. 1—2 Salvarsaninjektionen führten dann sofort zum gewünschten Erfolg.

Naegeli dagegen hebt gerade den staunend raschen Rückgang der breiten Kondylome durch Bi hervor und hält diese Wirkuug für stärker als die des Salvarsans.

Bela-Bäcker, der Bismoluol anwandte, bezeichnet die Wirkung auf die sekundären Erscheinungen der Syphilis als „bewundernswert", ja geradezu „phänomenal". Aus der Budapester Klinik wird vom französischen Trepol berichtet, daß seine Wirkung auf luetische Haut und Schleimhauterscheinungen eine sehr energische sei, so daß sich die Erscheinungen äußerst rasch zurückbilden. Auch die in der Literatur häufiger erwähnte energische Wirkung auf syphilitische Lymphadenitiden können wir an unserem Material nicht bestätigen. Alopezien blieben ebenfalls unbeeinflußt.

Die Beeinflussung der WR ist bei der Wismutbehandlung zum mindesten nicht besser als bei den anderen Antisyphilitizis. Auch bei uns wurden einzelne Fälle nach reiner Wismutbehandlung seronegativ, die Patienten erhielten jedoch bedeutende Quantitäten. Häufiger schlug die Reaktion um bei solchen Fällen, die mit Salvarsan und Hg behandelt wurden und dann hinterher noch Wismut erhielten. Inwieweit die WR noch nach erfolgter Kur und nach der Entlassung aus dem Krankenhause sich veränderte, war bei unserem Material schwer nachzuprüfen, da in vielen Fällen Ausweisungen der Patientinnen von seiten der Besatzungsbehörden erfolgte.

Sechs Patientinnen, die 6—8 Wochen nach erfolgter Wismutkur erneut eingeliefert wurden, waren sämtlich seropositiv geblieben. Die Kombination von Salvarsan mit Wismut hatte jedoch in fast allen Fällen ein promptes Umschlagen der WR zur Folge.

Was die Verträglichkeit der Bi-Präparate anbetrifft, so war dieselbe in den meisten Fällen eine gute. Störungen im Allgemeinbefinden, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen waren von kurzer Dauer, traten meist auch nur nach den ersten Injektionen auf. Auffallende Temperatursteigerungen und Nierenschädigungen konnten wir nie beobachten. Auch traten bei uns keine sonstigen Intoxikationen auf, die ein Aussetzen der Bi-Therapie erforderlich machten. Von einem Ausnahmefall wäre noch zu berichten:

Patient, 47 Jahre alt, wurde hier wegen alter latenter Lues mit Salvarsan und Hg behandelt. Alle Salvarsaninjektionen, auch die Mischspritzen, vertrug er gut. Da die WR am Ende der Kur völlig unbeeinflußt blieb, erhielt der Patient Wismulen. Sofort nach der ersten Injektion (1,0 ccm Wismulen intravenös) befiel den Mann starkes Übelsein, Schwindel,

Digitized by Google

bald Erbrechen und heftige Leibschmerzen, später heftiger Durchfall mit Temperatursteigerungen bis 40°. Am folgenden Tage keine Besserung, besonders quälend blieben das Erbrechen und die Durchfälle. Erst vom dritten Tage ab erholte sich der Patient schnell.

An sonstigen Nebenwirkungen haben wir wie die anderen Beobachter Stomatitiden häufiger gesehen als bei der sonst üblichen Hg-Behandlung. Vor allem bekamen diejenigen eine Stomatitis, bei denen eine kombinierte Hg-Bi-Kur gemacht wurde; obwohl sonst trotz ausgedehnter Anwendung des Hg bei der unter sorgfältiger Aufsicht stehenden Zahnpflege in unserer Klinik Stomatitiden sehr selten waren. Das Bismut scheint demnach ganz entschieden diese lästige Nebenwirkung des Hg zu verstärken oder umgekehrt. Über die Besonderheiten der Bi-Stomatitis haben ausführlich Azonlay, ferner Boelsen berichtet; dieselben von diesen Autoren geschilderten Beobachtungen machten wir hier auch. Nur eine Besonderheit möchten wir erwähnen, die scheinbar anderswo nicht so beobachtet wurde. Auffallend war nämlich, daß bei Patienten, die während der kombinierten Salvarsan-Hg-Kur zwischendurch noch statt Salvarsan eine Injektion Wismulen bekamen, unmittelbar nach der Einspritzung heftige stechende Zahnschmerzen an den Schneidezähnen, besonders des Unterkiefers auftraten. Nach etwa 15—30 Minuten waren die Schmerzen unter raschem Abklingen wieder vollständig verschwunden. Bei allen 10 Patienten, die zwecks Bestätigung dieser Beobachtung eines Morgens statt Salvarsan eine Wismuleninjektion bekamen, traten genau dieselben subjektiven Beschwerden auf. Zwei andere Patienten, die von vornherein mit Wismulen und Hg, aber nicht mit Salvarsan behandelt wurden, äußerten niemals diese Zahnschmerzen. Eine weitere unangenehme Begleiterscheinung stellten bei den intramuskulär gegebenen öligen Bi-Präparaten (Bisanemulsion und Cutren) die örtlichen Symptome dar. Sie zeigen sich auch in ausgedehnter, sehr schmerzhafter Infiltration von langem Bestande. Noch nach vielen Wochen konnten wir diese Infiltrate als derbe, druckschmerzhafte Knoten feststellen. Besonders ungünstig lagen in dieser Beziehung die Verhältnisse bei der öligen Bisanemulsion, viel günstiger beim Cutren, noch besser beim Bismogenol. In keinem Falle war es möglich, einer Patientin mehr als 6 intraglutäale Injektionen, auf jeder Seite 3, von öliger Bisanemulsion zu machen, weil die Patientinnen weitere Einspritzungen hartnäckigst verweigerten und der objektive lokale Befund diese Weigerung dem Arzte verständlich machen mußte. Dagegen gelang es ohne viel Zureden, komplette Cutrenkuren von 10—12 Injektionen durchzuführen. Wir bevorzugten in den letzten Monaten trotz bestehender Infilration die Einspritzungen in ein und denselben Glutäus, weil auf diese Weise dem Patienten Liege- und Sitzgelegenheit auf dem anderen verschont gebliebenen Glutäus blieb. Die für die Behandlung mit öliger Bisanemulsion ausgesuchten Patientinnen mußten nach den ersten Injektionen aus dem oben angeführten Grunde mit Wismulen intravenös weiter behandelt werden, wollte man konsequente Wismuttherapie bei ihnen anwenden und die Kur nicht unnötig verlängern.

In der intravenösen Anwendungsweise des Wismulens liegt ja sicherlich ein gewisser Vorteil, der jedoch lediglich in der größeren Annehm-

Digitized by Google

lichkeit für den Patienten besteht. Im großen und ganzen sind wier hier stets Anhänger der Depottherapie gewesen, haben deshalb ja auch intramuskuläre Salvarsaninjektionen mehrfach empfohlen. Bei all den intramuskulär injizierten Mitteln besteht ja die auch von WOLTER letzthin beim Wismut angeführte Gefahr der plötzlichen Resorption und damit einer Intoxikation des Organismus. Ich glaube jedoch, daß man diese Gefahr nicht allzu hoch einzuschätzen braucht, da die einzelnen Dosen, wie wir das röntgenologisch feststellten, ziemlich schnell resorbiert werden. In der intramuskulären Medikation liegt vor allem der große Vorteil, daß die durch die Entzündung im Gewebe gebildeten Eiweißzerfallstoffe resorbiert im Körper im Sinne der WEICHART-SCHITTENHELMschen Protoplasmaaktivierung wirken.

Fassen wir unsere Erfahrungen über Wismuttherapie bei Lues zusammen, so kommen wir zu dem Schlusse, daß Wismut ein brauchbares Antiluetikum ist, daß es aber das Salvarsan nicht zu ersetzen vermag, eine Meinung, die auch BLOCH vertritt. Für die seronegativen Primäraffekte (Abortivkur) kommt es deshalb nicht in Betracht; da es in seiner Wirkung zweifellos das Hg übertrifft, dürfte es berufen sein, in kombinierten Kuren die Stelle des Hg einzunehmen. An Stelle des Salvarsans wird es zu treten haben, wie dies auch VOEHL empfiehlt, wenn es sich um salvarsanresistente, -refraktäre und überempfindliehe Fälle handelt, obwohl ich glaube, daß in letzteren Fällen auch das Bismut hier und da Exantheme hervorrufen wird, wie sie von TRYB und BEUTL, ferner von GUTMANN beschrieben sind. Zu den kombinierten Salvarsankuren wird man ein intramuskulär zu injizierendes Wismutpräparat anzuwenden haben.

Eine kombinierte Salvarsan-Bi-Hg-Kur dürfte nicht nur wegen der Häufung der Mittel, sondern auch wegen der von uns bei diesen Kuren beschriebenen heftigen Zahnschmerzen zu vermeiden sein.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Juni 1923.

QUEYRAT: Spricht über die auf einem in Paris im Mai abgehaltenen Kongreß publizierten Beziehungen zwischen Syphilis und anderen Krankheiten und die Forderung der Organisation von Ambulatorien zur Behandlung der Syphilis; ferner über die von französischer Seite in Marokko geschaffenen derartigen Einrichtungen.

LÉVY-FRANCKEL, JUSTER und VAN BOGAERT: **Studie über den basalen Metabolismus bei Alopecia-areata-Kranken** (Etude du métabolisme basal chez les peladiques). Metabolismus ist die in großen Kalorien ausgedrückte und auf den Quadratmeter der Körperoberfläche bezogene Energie, die in einer Stunde von einem Individuum aufgewendet wird, das sich in vollkommener Ruhe, nüchtern und unter Bedingungen befindet, daß es weder auf Kälte noch auf Wärme zu reagieren braucht. Aus diesen

Digitized by Google

Bestimmungen können Schlüsse auf Störungen der endokrinen Drüsen geschlossen werden (Hypermetabolismus bei Hyperthyroidismus, Hypometabolismus bei Hypothyroidismus). Die Untersuchungen betrafen Fälle von Alopecia areata vor und nach Behandlung mit Schilddrüsenextrakt oder Bestrahlung der Schilddrüse und anderen Behandlungen. Vor der Behandlung fand sich auffallend häufig eine Steigerung des basalen Metabolismus, woraus auf Störungen im endokrinen Drüsensystem geschlossen werden kann.

GEORGE THIBIERGE: **Zwei Fälle von Lupus erythematosus der Augenlider. Möglicherweise traumatischer Ursprung des Lupus erythematosus** (Deux cas de lupus érythémateux des paupières. L'origine traumatique possible du lupus érythémateux). In dem einen Falle sind die Augenlider beiderseits symmetrisch ergriffen, in dem anderen nur das eine untere Lid, sowie der anstoßende Teil der Wange. Die Erscheinungen sollen (bei allerdings unzuverlässigen Angaben in dem einen Falle) im Anschlusse an Verletzungen (Granatsplitter) aufgetreten sein.

G. MILIAN und MEYER: **Atrophisches syphilitisches Erythem an den Beinen mit Gummenbildung** (Erythème atrophiant syphilitique des jambes avec gommes). Es waren zunächst zyanotische Flecke aufgetreten, auf denen sich dann die gummösen Ulzerationen entwickelten. Wahrscheinlich Lues congenita. Histologische Untersuchung der erythematös-atrophischen Zone.

G. MILIAN, PÉRIN und MEYER: **In der Entwicklung begriffene Vitiligo. Präleukodermische erythematöse Flecke** (Vitiligo en évolution. Taches érythémateuses préleucodermiques). Ausgebreitete, noch in ständigem Zunehmen begriffene Vitiligo, einzelne Flecke nicht rein weiß, sondern rosa und mehr lilafarben, auch richtig erythematös; der Beginn der Effloreszenzen war stets ein derartiger, erst allmählich trat Depigmentierung ein. Histologisch in den erythematösen Effloreszenzen zahlreiche erweiterte Papillargefäße mit hypertrophischen, vielleicht vermehrten endothelialen Zellen, an einzelnen Stellen um die Kapillaren Vermehrung der Bindegewebszellen und eine gewisse perivaskuläre Lymphzelleninfiltration; auch in den Papillen Vermehrung und Hypertrophie der Bindegewebszellen und Fasern. Die Folgerung, daß jede Vitiligo syphilitischer Natur sei und ihr ein örtliches Erythem voraufgehe, wird in der Besprechung entschieden bestritten (DARIER, LEREDDE, THIBIERGE).

MILIAN und PÈRIN: **Quinckesches Ödem. Sympathische Störungen. Syphilisätiologie** (Maladie de QUINCKE. Troubles sympathiques. Etiologie syphilitique). Rezidivierende Eruptionen pruriginösen Ödems, bald im Gesicht, bald an den Extremitäten, unter dem Einflusse von Temperatur und Ernährung akut auftretend und nach einiger Zeit spontan schwindend. Störungen von seiten des Sympathikus (periphere Vasodilatation, Temperaturstörungen, Pupillendifferenz, Hemiatrophia facialis) und spezifische Stigmata (Leukoplakie, Inguinal- und Zervikaldrüsen, Verminderung des Achillessehnenreflexes, Nagelschwärzung, Lymphozytose in der Spinalflüssigkeit). Nach Wismutbehandlung promptes Schwinden des hartnäckigen Ödems am Arm und Ausbleiben von Rezidiven. Es wird daraus auf die syphilitische Natur der Sympathikuserscheinungen geschlossen.

LORTAT-JACOB und SOLENTE: **Erythrodermie auf Drüsenerkrankung beruhend. Drei Perioden von Eiterung, gefolgt von dreimaliger Besserung des Hautzustandes** (Erythrodermie d'origine lymphadénique. Trois périodes de suppuration suivies de trois améliorations de l'état cutané). Der Umstand, daß dreimal, und zwar nach Impfung (mit generalisierten Pocken), Eiterung nach Drüsenexstirpation, und einer Eruption vakziniformer Effloreszenzen Besserungen des Hautausschlages auftraten, legt die Erwägung nahe, ob nicht bei derartigen Erkrankungen die einen gleichen Effekt wie die Eiterungen bewirkende Anwendung des Kauters oder Fontanells angebracht wäre.

HUDELO und RICHON: **Cutis verticis gyrata** (Pachydermie vorticellée partielle du cuir chevelu). Die Verdickung betrifft das Bindegewebe der Kutis; damit verbinden sich follikuläre und perifollikuläre Veränderungen. Die Talgdrüsen sind großenteils atrophisch, die Schweißdrüsen geschwunden. Der Fall ist im Gegensatz zu anderen generalisierten, die wirkliche Nävi sind, lokalisiert und stellt eine chronische Entzündung dar.

LEREDDE: **Die Frage der Dosierung des Salvarsans und die Behandlung der alten Syphilis, gelegentlich eines Falles von Tabes** (La question des doses d'arsénobenzènes et le traitement de la syphilis ancienne. Au sujet d'un cas de tabès). Zum Beweise der aus unberechtigter Furcht vieler Ärzte vor größeren Salvarsandosen oft ungenügenden Behandlung wird ein Tabesfall vorgestellt, der während einer 5jähr. Behandlung mit zu schwachen Dosen keine Besserung aufwies, während diese sofort

Digitized by Google

mit dem Einsetzen normaler Dosen eintrat (mehrere Serien mit Einzelgaben bis zu 0,9). Die Gefahr der Salvarsanbehandlung hängt nur von dem Zustande des Kranken ab, nicht von der Dosis, Intoleranz oder Intoxikation, die von ihm beobachteten tödlichen Zufälle sind sämtlich bei schwachen Dosen aufgetreten.

M. Raynaud, J. Montpellier und A. Lacroix: **Über zwei Fälle von Erythrodermia desquamativa generalisata nach Salvarsan** (Au sujet de deux cas d'érythrodermie desquamative généralisée post-arsénobenzolique). In dem einen Falle handelte es sich mit Rücksicht auf das Vorhandensein von Ödemen, hepato-renalen Veränderungen, andererseits Fehlen anaphylaktischer Erscheinungen um einen toxischen Ursprung (aufgetreten nach 15 intramuskulären Einspritzungen von Eparseno); in dem zweiten lag bei Auftreten in den ersten Tagen der Kur, der rapiden Entwicklung, dem Fehlen hepatischer Störungen das Beispiel eines infektiösen Erythems vor.

Sicoli: **Über einen Fall von Dysidrosis, geheilt durch antisyphilitische Behandlung** (A propos d'un cas de dysidrose guérie par le traitement antisyphilitique). Typische Dysidrosis beider Handflächen, schubweise aufgetreten; Versagen verschiedener therapeutischer Maßnahmen. Keine Anzeichen von Syphilis, völlig negative WR. Trotzdem Vermutung, daß Syphilis vorliegen könne; durch 2 Einspritzungen von Rubyl und Sanar wird Reaktivierung der WR erzielt, weitere Einspritzungen bewirken völlige Heilung.

E. Lépinay: **Behandlung der Krätze mit Natriumbisulfit** (Traitement de la gale par le bisulfite de soude). Rezepte für Salben, die auch bei Komplikation mit Ekzem oder Pyodermie gut vertragen werden. Zwei- oder dreimalige Anwendung an aufeinanderfolgenden Abenden. Die Wirkung beruht wahrscheinlich auf dem in Verbindung mit den Hautsekreten abgespaltenen Schwefelanhydrid.

Ch. Laurent und Dujol: **Bericht über ein speziell für schwangere syphilitische Frauen bestimmtes Ambulatorium** (Bilan d'une consultation reservée aux femmes enceintes atteintes de syphilis). 55 Frauen, die vor der Behandlung (intravenöse Neosalvarsaneinspritzungen) 48 Fehlgeburten, 32 tote, 21 lebende Kinder gehabt hatten, hatten seit der Behandlung in 15 Monaten 1 Fehlgeburt, 2 tote Kinder (infolge geburtshilflicher Operationen), 22 lebende Kinder. E. Levin-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes.

1923, Bd. 18, Nr. 6.

Latente syphilitische Enzephalitis (L'encéphalite syphilitique latente), von Cestan und Riser-Toulouse. S. 417—426. An der Hand eines Falles, der, ohne klinisch irgend welche Erscheinungen zu machen, pathologisch das Bild einer ganz manifesten Meningitis und einer, wenn auch weniger ausgeprägten, Enzephalitis bot, werfen Verff. die Frage auf, ob diese Veränderungen nicht aufzufassen sind als beginnende allgemeine Paralyse im noch latenten Stadium. Jedenfalls empfiehlt es sich, bei allen Kranken mit klinisch oder serologisch nachweisbarer luetischer Meningitis die Prognose mit Reserve zu stellen, da man nicht wissen kann, ob der Kranke nicht schon Träger einer latenten Enzephalitis ist. Vor allem sind derartige Patienten energisch und ausgiebig zu behandeln, da die Enzephalitis sich ja in jedem Augenblick entwickeln kann.

Methodik in der Behandlung der Syphilis. Eine Serie von 100 beobachteten frischen Syphilisfällen (La pagaie syphiligraphique), von Leredde und Loiselet. S. 427 bis 469. 100 Fälle frischer Lues, die teils unrichtig, teils ungenügend behandelt worden sind. Um derartige Mißgriffe zu vermeiden, wäre es empfehlenswert, eine einheitliche Behandlungsmethode auszuarbeiten, die als Richtschnur in der Therapie der Syphilis zu dienen hätte.

1923, Bd. 18, Nr. 7.

Behandlung der Syphilis mit organischem Oxyazetyl-Aminophenil-Arsen (Traitement de la syphilis par l'oxy-acétyl-amino-phénil-arsinate organique), von Ch. Laurent-St. Etienne. S. 497. Angewandt wurde eine 25%ige Lösung, die eine vollkommen klare und farblose Flüssigkeit darstellt. Die intravenöse oder intramuskuläre Injektion bietet keinerlei Vorteile vor der subkutanen. Einmalige wöchentliche Einspritzung in steigenden Dosen, beginnend mit 0,50 g, hinaufgehend bis 1,25 und sogar 1,50 g, so daß während einer ganzen Kur etwa 8 g Arsen verabreicht wurden. Nach

Digitized by Google

der ersten Einspritzung wurde stets Fieber beobachtet (39° und 40°), bei Kindern häufig Erbrechen, sonst keinerlei Störungen. Nicht nur beim frischen Primäraffekt, sondern auch im Sekundär- und Tertiärstadium sah Verf. gute Erfolge.

Wismut-Natrium-Tartarat oder Natrol in der Dermatologie und Syphiligraphie (Le tartro-bismuthate de sodium ou natrol en dermatologie et en syphiligraphie), von P. Horta-Rio de Janeiro. S. 520. Verf. hat Natrol angewandt in der Form intramuskulärer Injektionen der 10%igen wäßrigen Lösung in allen Stadien der Syphilis mit gutem Erfolg. Aber auch bei bestimmten bullösen Dermatitiden, besonders bei gewissen Pemphygusarten und der Duhringschen Dermatitis, tat das Natrol als 0,5—1%ige Vaseline gute Dienste.

Traumatische Einwirkung und Lokalisation der Syphilis (Traumatisme-point d'appel et localisation des syphilides), von Halbron und Barthélemy. S. 526. Die Rolle, die kleine Traumen — beruflicher oder nicht beruflicher Natur — bei der Lokalisierung der Syphilis spielen, ist bekannt. Beschreibung von 2 Fällen; beim einen saß das tertiäre Syphilid an der Innenfläche der Hand — es handelte sich um einen Schuhmacher —, beim anderen in der Gegend des einen Schulterblatts. Hier war wegen einer angeblichen Neuralgie wiederholt thermokauterisiert worden und in den entstandenen Narben hatte das Syphilid seinen Platz gewählt.

Blennorrhoische Orchitis und Epididymitis, die ins Skrotum abszediert war; im Abszeßeiter zahlreiche Gonokokken (Orchi-épididymite blenorrhagique abcédée au scrotum, présence de nombreux gonocoques dans le pus de l'abscès), von Matarasso-Saloniki. S. 529.

F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne", von Hugo Bach-Bad Elster. (Curt Kabitzsch, Leipzig 1922.) Das vorliegende Buch in seiner eben erschienenen neuesten Auflage stützt sich in der Hauptsache auf reiche Erfahrungen aus der Klinik und Praxis, da ja die exakt wissenschaftliche Forschung über die Ultraviolettlichtwirkung auf Haut und Gesamtorganismus noch vieles ungeklärt gelassen hat. Wie der Titel bereits besagt, handelt es sich mehr um eine Anleitung und Einführung als um ein Lehrbuch. Auch in dieser Ausgabe sind die speziellen Teile über Kinder-, Haut- und Augenkrankheiten in anerkennenswert objektiver Darstellung von Fachärzten bearbeitet worden. Die Erfolge, die Verf. selbst während seiner langjährigen, reichen Erfahrung gesehen hat, bringen es mit sich, daß vielleicht manches dem Leser subjektiv gefärbt erscheinen mag, wenn man auch überall das Bestreben der objektiven Darstellung anerkennen muß. Jedem, der sich mit dem heutigen Stand der künstlichen Höhensonnentherapie vertraut machen will, kann diese Schrift warm empfohlen werden, da sie eine übersichtliche, zweckmäßige Zusammenfassung alles für die Praxis Wissenswerten auf diesem Gebiete enthält.

G. Assmann-Barmen.

Geschlechtsleben und Hygiene. Erziehung — Ehe — Geschlechtskrankheiten — Prostitution — Persönliche Prophylaxe, von S. Bettmann-Heidelberg. (Verl. S. Hirzel, Leipzig 1923.) Wenn es auch bereits eine umfangreiche Spezialliteratur auf dem Gebiete der Hygiene des Sexuallebens gibt, so ist dennoch dem Autor dafür Dank zu wissen, daß er es unternommen hat, die ungeheure Fülle der einzelnen Probleme in kurzer und prägnanter Form darzustellen. Es fehlt nicht an zahlreichen Anregungen und positiven Vorschlägen, die uns einen Weg zeigen, wie die zahlreichen bestehenden Mißstände beseitigt oder wenigstens gebessert werden können. Es ist, wie der Autor in der Einleitung bereits bemerkt, selbstverständlich, daß bei der Verschiedenheit und Kompliziertheit der Lebensbedingungen der einzelnen Individuen ein großer Teil der Probleme teils unlösbar, teils heute noch ungelöst ist. Immerhin darf die Bekämpfung der gesundheitlichen Schäden des Sexuallebens, die besonders nach dem Kriege in erhöhtem Maße sich bemerkbar gemacht haben, nicht nachlassen oder gar mit der Begründung aufgegeben werden, daß die Mißstände auf sexuellem Gebiete sich von selbst regeln, sobald wieder gesunde Lebensverhältnisse eingetreten sind. Auch die Tatsache, daß die von ärztlicher Seite aufgestellten Forderungen nur in den wenigsten Fällen Beachtung finden, meist sogar auf höhnische Ablehnung stoßen, darf uns nicht abhalten, den Kampf weiter fortzuführen. Es müssen alle Kräfte und Möglichkeiten herangezogen

Digitized by Google

werden, die geeignet sind, die Entwicklung und Erhaltung der sexuellen Vollwertigkeit zu gewährleisten im Hinblick auf die Menge und Wertigkeit des Nachwuchses, die Hintanhaltung der Degeneration und im Sinne der Verbesserung der Rasse. Der umfangreiche Inhalt der einzelnen Kapitel verbietet ein näheres Eingehen. Es sei nur noch die Forderung des Autors hervorgehoben, daß der Erziehung während der sexuellen Entwicklung des Kindes mehr, als es bisher geschieht, Rechnung getragen werden muß, ferner die Anregung, die Eheschließung von dem Austausch von Gesundheitsattesten abhängig zu machen und schließlich der Vorschlag, die Reglementierung abzubauen.

F. Harry-Wiesbaden.

Schönheitspflege, von Paul Orlowski-Berlin. (Verl. Curt Kabitzsch, Leipzig 1923, 5. und 6. Aufl.) Das Büchlein stellt die verschiedenen Verfahren und Mittel der Schönheitspflege in einer dem Laien verständlichen Form dar. Die Absicht des Verf., das Publikum den reklamehaften Anpreisungen von Schönheitsmitteln usw. gegenüber etwas kritisch zu machen, ist erfüllt. A. de Lemos-Hamburg.

Kompendium der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Paul Mulzer-München. (Verl. Ferd. Enke, Stuttgart 1923.) Das Buch wird eingeleitet durch einen allgemeinen Teil, in dem Verf. in Kürze das Wesentlichste über die Anatomie, die allgemeine Therapie und die Strahlenbehandlung mitteilt. Dann folgt in alphabetischer Anordnung eine Übersicht über die Hauterkrankungen, unter denen die hauptsächlichsten kurz, aber unter Berücksichtigung alles Wesentlichen, besprochen werden. Im letzten Abschnitt beschäftigt sich der Verf. mit den Geschlechtskrankheiten und hat hier zur differentialdiagnostischen Besprechung auch die nicht venerischen Erkrankungen der Genitalorgane herangezogen. Das Buch soll keineswegs ein Lehrbuch ersetzen, sondern stellt gewissermaßen ein dermatologisches Lexikon dar. Als solches wird es sicherlich vielen praktischen Ärzten, aber auch manchem Facharzte sehr willkommen sein und durch seine übersichtliche Anordnung gute Dienste leisten. Eine Reihe guter Abbildungen ergänzen den Text. (Grundzahl: geh. 9.) E. Langer-Berlin.

Handbuch der Zystoskopie, von Leopold Casper-Berlin. (Verl. Georg Thieme, Leipzig 1923, 5. verb. Aufl.) Kaum zwei Jahre sind seit Erscheinen der vorigen Auflage vergangen, und schon hat sich das Bedürfnis nach einer neuen Auflage geltend gemacht. Dieses schnelle Vergriffensein des wertvollen Buches dürfte wohl auch für die nunmehr neu vorliegende Auflage die beste Empfehlung sein. Entsprechend der Erweiterung unserer Kenntnisse auf den verschiedensten die Urologie berührenden Gebieten ist alles der Neuauflage hinzugefügt, was von Wert ist und in den letzten Jahren anerkannt ist. So finden wir eine ausführliche Bearbeitung der Pyelographie, bei der eine eingehende Besprechung der Indikationen und Kontraindikationen vorgenommen ist. Was die letzten Jahre Neues auf dem Gebiete der Radiographie gebracht haben, ist ebenfalls in einem besonderen Kapitel behandelt. Desgleichen ist der Atlas um eine Reihe guter Abbildungen erweitert worden. Der Text ist, wie es schon bei den früheren Auflagen hervorgehoben wurde, klar und leicht verständlich, so daß nicht nur der erfahrene Fachmann, sondern auch der Anfänger sich auf diesem allgemein immer als wichtiger anerkannten Gebiete zurechtfindet und das Buch zur Anleitung zum Erlernen der zystoskopischen Technik und Diagnostik mit Erfolg wird benutzen können. Die optischen Verhältnisse der Zystoskopie sind auch in dieser Auflage von v. Rohr-Jena bearbeitet. Somit kann das Buch auf das wärmste jedem Arzte, besonders aber dem Dermatologen, der sich mit der Urologie beschäftigt, empfohlen werden, und zwar sowohl als Nachschlagewerk wie auch als Atlas. (Grundzahl: geh. 17, geb. 20.)

E. Langer-Berlin.

Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen, von Hans Wossidlo. Neu herausgegeben von Erich Wossidlo. 3. umgearbeitete Auflage mit 66 Textabbildungen und 14 farbigen Tafeln. (Verl. Georg Thieme, Leipzig 1923.) Es ist eine auffallende und merkwürdige Erscheinung, daß in den Lehrbüchern der Haut- und Geschlechtskrankheiten die Blennorrhoe des Mannes, ihre Komplikation sowie die gesamte Therapie, speziell die Technik der instrumentellen Behandlung nur kurz abgehandelt wird. Man muß schon Spezialbücher zu Hilfe nehmen, wenn man Näheres darüber erfahren will. In solchen Fällen wird das vorliegende Buch, das jetzt in seiner 3. Auflage erschienen ist, äußerst willkommen sein. Es weicht bezüglich seines Inhaltes nicht wesentlich von dem der früheren Auflagen ab. In ausführlicher Weise sind die Erfahrungen niedergelegt, die der Herausgeber und sein verstorbener Vater im Laufe ihrer langjährigen Praxis gesammelt haben. Aus der Fülle der Behandlungsmethoden sind diejenigen besonders hervorgehoben, die sich am besten bewährt haben. Ganz ausführlich

Digitized by Google

wird die Technik und der Wert der Urethroskopie beschrieben. Neu hinzugekommen sind zwei Kapitel über Vakzinebehandlung und Diathermie; der übrige Text ist dort, wo es nötig war, neuere Methoden anzuführen, ergänzt worden. Die zahlreichen urethroskopischen buntfarbigen Abbildungen sowie Papier und Druck sind recht gut.

F. Harry-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Der Verhornungsprozeß der Haut und der Hautderivate, von F. DE MOULIN-Buitenzorg (Java). (Anat. Anz., 1923, Bd. 56, Nr. 19/20, S. 461—468.) Es besteht ohne Zweifel ein Zusammenhang zwischen den basophilen Granula aus den flachen Zellen der Körnerschicht mit dem Verhornungsprozeß. Verf. suchte diese These zu stützen durch mehrfache Versuche und fand bereits im Stratum filamentosum kleine basophile Körner, die an Zahl und Größe zunehmen, je mehr sie sich der Oberfläche nähern. Im Stratum granulosum füllen sie als unregelmäßige Schollen die Zellen aus, sie flachen ab und nehmen, je mehr sie sich der Oberfläche nähern, weniger Farbstoffe auf, bis zuletzt im Stratum granulosum viele Kerne farblos sind. Die Granula enthalten basophile Kernsubstanz und die Kerne geben Stoffe an das Protoplasma ab. Es diffundiert also flüssige Kernsubstanz durch die Kernmembran, und diese Erscheinung ist das Wesen des Verhornungsprozesses. Hierbei macht der Verf. darauf aufmerksam, daß die Zwischenzellspalten, denen die Zufuhr von Nahrungsflüssigkeiten zufallen soll, mit dem Wesen des Verhornungsprozesses nichts zu tun haben, der auf dem Mangel an Zellflüssigkeit beruht. Ein wahrer Verhornungsprozeß findet in der Schleimhaut nicht statt, weil hier das Stratum granulosum fehlt. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Kapillarbeobachtungen am Lebenden, von FRIEDRICH FISCHL, erste deutsche med. Klinik in Prag. (M. Kl., 1923, Nr. 28, S. 980-983.) Für bestimmte Krankheiten charakteristische und spezifische Bilder haben sich kaum ergeben, doch erlaubt ihre Verwertung im Zusammenhang mit anderen Symptomen einen Schluß auf bestimmte allgemeine Veränderungen. Für die Dermatologie wird die Bedeutung der Methode durch die Tatsache gemindert, daß hier die meisten pathologischen Hautveränderungen den Einblick in die Tiefe verlegen. Röntgenerythem war schon in kürzester Zeit nach der Bestrahlung zu finden, es soll auch die Möglichkeit bestehen, Röntgenüberempfindlichkeit aus dem Kapillarbild vor der Bestrahlung festzustellen und so Röntgenschädigungen zu verhüten. E. Levin-Berlin.

Ergebnisse der Kapillarmikroskopie am Menschen, von OTFRIED MÜLLER-Tübingen. (Kl. W., 1923, Nr. 26, S. 1197.) Man kann mit dieser Methode sicher die Eigenbewegung der Kapillaren nachweisen und beobachten, daß sie auf die Blutbewegung einen hemmenden und einen fördernden Einfluß ausüben. Bei vasoneurotischen Prozessen findet man einerseits spastisch-atonische Vorgänge und andererseits Erscheinungen von vasoneurotischer Diathese mit ausgedehnten Blutungen aus den Haargefäßen. Bei der RAYNAUDschen Krankheit kann man auf Grund der vasoneurotischen Vorgänge nekrobiotische Prozesse, bei der multiplen neurotischen Hautgangrän spastische Störungen kapillarmikroskopisch feststellen. Spastisch-atonische Symptomenkomplexe sind des weiteren bei der Varizenbildung zu beobachten, desgleichen bei verschiedenen organischen Nervenläsionen, z. B. Syringomyelie, Neuritis usw. Sowohl bei Hypertonie im Gefäßsystem wie auch bei Stauungsprozessen, des ferneren bei Atherosklerosen sind typische Bilder bei der Kapillarmikroskopie zu finden. Ähnlich wichtige Beobachtungen sind auch bei den verschiedensten Nierenerkrankungen gemacht worden. Bei vielen Exanthemen, z. B. Typhus, Scharlach u. a., finden sich noch nach dem makroskopischen Verschwinden bei mikroskopischer Betrachtung Kapillarveränderungen. Bei tertiärer Lues kann man kleine sackförmige Aneurysmen an den Kapillaren konstatieren. Sonnenwirkung, Röntgenbestrahlung, Bäder der verschiedensten Art haben einen deutlich mit dem Kapillarmikroskop sichtbaren Einfluß auf das Haargefäßsystem. Hinsichtlich der Hauterkrankungen wird auf die Arbeiten von SAPHIER verwiesen.

E. Langer-Berlin.

Der Einfluß von Pilokarpin, Atropin und Adrenalin auf die unmerkliche Hautwasserabgabe, von OTTO MOOG-Marburg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1923,

Digitized by Google

Bd. 98, S. 77—90.) Die Vermehrung der insensiblen Hautwasserabgabe in der Hauptsache als einen physikalischen Verdunstungsvorgang, der direkt von der Gefäßweite abhängig ist, anzusehen, wie dies WECHSELMANN und LOEWY annehmen, dafür liegen nach den Versuchen des Verf. keine genügenden Beweise vor. Vielmehr sprechen die Untersuchungen des Verf. mit Pilokarpin, das die unmerkliche Hautwasserabgabe zu erhöhen vermag, sowie mit Atropin und Adrenalin, die die unmerkliche Hautwasserabgabe herabsetzen, dafür, daß auch hierbei eine unmerkliche Tätigkeit der Schweißdrüsen in Betracht kommt, die teils direkt auf nervösem Wege, teils indirekt durch die veränderte Durchblutung beeinflußt wird. B. Peiser-Berlin.

Die Dermoreaktionen mit besonderer Berücksichtigung pharmako-dynamischer Funktionsprüfung der Haut, von FR. VON GROER-Lemberg. (Kl. W., 1923, Nr. 31 und 32, S. 1437.) Zusammenfassendes Referat über die pharmako-dynamische Prüfung der Haut, dessen Inhalt sich mit dem in Nr. 35 dieser Wochenschrift referierten Arbeiten desselben Autors deckt. E. Langer-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Polychromes Methylenblau als Mittel, lokale Bösartigkeit in Geweben mikroskopisch festzustellen (Polychrome Methylene Blue Used to Help Locate Malignancy in Tissues to be Examined Miscroscopically), von B. T. TERRY-Nashville, Tenn. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 24, S. 1774.) Polychromes Methylenblau wird schon längere Zeit mit Erfolg an der Mayo-Klinik, an der Johns Hopkins-, Vanderbilt- und anderen Universitäten angewendet, um rasch die Bösartigkeit einer Geschwulst unter dem Mikroskop festzustellen. Bei guten Schnitten durch die Stelle maligner Entartung ist die Diagnose gewöhnlich eine leichte; schwierig wird dieselbe dann, wenn eine kleine Stelle bösartiger Geschwulst in einer relativ großen Gewebsmasse zu finden ist. Verf. empfiehlt nun hierzu folgendes Verfahren: Ein dünner Gewebsschnitt wird 5 Minuten lang mit einer wenigstens das Zehnfache seines Volumens enthaltenden Methylenblaulösung Nr. I durchtränkt, dann in destilliertes Wasser gebracht, die Oberfläche mit starkem Licht beleuchtet und die feuchte Seite sorgfältig mit bloßem Auge und ebenso mit einem guten Vergrößerungsglase untersucht; man achte dabei besonders auf tiefblaue Färbung. Verdächtige Stellen — entweder durch ungewöhnliche Mengen oder ungewöhnliche Verteilung von Tiefblau — werden mikroskopisch, vor allem mit der Gefriermethode, untersucht. Festes Gewebe kann ähnlich untersucht werden.
M. Stern-München.

Zum färberischen Nachweis der Tuberkelbazillen, von F. KONRICH-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 26, S. 852—854.) Vergleichende Untersuchungen haben ergeben, daß in Präparaten, die nach dem vom Verf. angegebenen Sulfitverfahren gefärbt werden, wesentlich mehr Tuberkelbazillen nachgewiesen werden können, als in den nach ZIEHL-NEELSEN gefärbten. Wurde das Sputum vorher angereichert, so waren die Unterschiede geringer.
F. Harry-Wiesbaden.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Zur Frage der Beziehungen zwischen Haut und Immunität, von E. F. MÜLLER-Hamburg. (D. m. W., 1923, Nr. 23, S. 754—755.) Erwiderung auf die Arbeit von KLEMPERER in Nr. 13. Verf. wirft KLEMPERER vor, gerade die wichtigsten Punkte seiner experimentellen Untersuchungen bei der Nachprüfung nicht berücksichtigt zu haben. Ferner sind die Arbeiten von DUKEN, GAUMITZ und PETERSEN unerwähnt geblieben, und die Arbeit von NEVERMANN, die die Ergebnisse des Verf. bestätigt, so ausgelegt worden, daß sie als wesentliche Einschränkung erscheinen müssen.
F. Harry-Wiesbaden.

Erwiderung von F. KLEMPERER-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 23, S. 755—756.) Die Arbeit von PETERSEN war Verf. nicht zugänglich; die von DUKEN und GAUMITZ kommen für die zwischen MÜLLER und ihm strittige Frage, ob die Haut an der Wirkung der injizierten Aolans in besonderer Weise beteiligt ist, nicht in Betracht. Verf. bestreitet nicht, daß Aolan eine Erweiterung der Subkutisgefäße mit Leukozytenanhäufung bewirkt, hält aber diesen Vorgang für mechanisch. Die richtige Beobachtung MÜLLERS, daß nach Subkutaninjektion von Aolan Leukozytensturz eintritt, ist kein Beweis für die besondere biologische Funktion der Haut bei Immunitätsvorgängen. Dieses Phänomen ist auf Reflexwirkung des autonomen Systems zurückzuführen.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Zur Frage der Beziehungen zwischen Haut und Immunität, von Martenstein-Breslau und Schapiro-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 29, S. 947—949.) Auf Grund experimenteller Befunde kommen die Verff. zu dem Ergebnis, daß der Haut bei einzelnen Erkrankungen (Trichophytie, Sporotrichose, Milzbrand) sicherlich, bei Tuberkulose wahrscheinlich eine Sonderstellung bei Immunisierungsvorgängen zukommt.
F. Harry-Wiesbaden.

Über die Bedeutung des Hautjuckens als Anfangssymptom des allergischen Choks, von D. Klinkert-Rotterdam. (D. m. W., 1923, Nr. 24, S. 787—788.) Das anatomische und physiologische Zusammenwirken von sensiblen und vasodilatatorischen Nerven ist experimentell und klinisch bewiesen. Der sensible Reiz ist der primäre, die Gefäßerweiterung der reflektorische Prozeß. Bei diesem engen inneren Zusammenhang zwischen Sensibilität und Gefäßerweiterung liegt es sehr nahe anzunehmen, daß während der Allergie nicht nur die vasodilatatorischen, sondern auch die sensiblen Zentren sich in einem latent erhöhten Reizzustand befinden, der sich als heftiges Hautjucken im Anfang des allergischen Choks äußert. F. Harry-Wiesbaden.

Bronchialasthma, hervorgerufen durch Hunde- und Katzenhaare; eine persönliche Erfahrung (Asthma Due to Cat and Dog Hair: a Personal Experience), von G. T. Brown-Washington. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 4, S. 249.) Verf. litt seit frühester Kindheit an Bronchialasthma; sämtliche Mittel waren erfolglos; bei Wohnortswechsel war er zeitweise anfallsfrei. Auch als er erwachsen war, ließen die Anfälle nur außerhalb seines Wohnortes nach. 1919 versuchte er an sich die Reaktionen von 25 Nahrungsproteinen, alles negativ; dagegen gab er deutlich positive Reaktion gegenüber Hunde- und Katzenhaarproteinen. In seinem Elternhaus waren stets Hunde oder Katzen gewesen. Die Besserung bzw. die Anfälle bei Wohnortswechsel ließen sich retrospektiv stets mit vorübergehendem Zusammensein mit diesen Tieren erklären. Seit Verf. dieses vermeidet, ist er anfallsfrei. A. de Lemos-Hamburg.

Eiweißsensibilisierung bei Kindern mit negativen Hautreaktionen (Protein Sensitivity in Children with Negative Cutaneous Reactions), von E. Scott O'Keefe-Boston. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 16, S. 1120—1121). Beschreibung zweier Fälle, ein Kind von zwei Jahren und eins von neun Monaten, die auf Nahrungseiweiß mit Verdauungsstörungen sowie Ekzem oder Asthma reagierten, ohne daß kutane Reaktionen ein positives Ergebnis zeigten. F. Quasig-Hamburg.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Über Entzündung, von H. Gessler, Med. Kl. Heidelberg. (Kl. W., 1923, Nr. 25, S. 1155.) Die lokale vasomotorische Reaktion und die Entzündung lassen sich nicht scharf voneinander abgrenzen; beide sind bedingt durch eine gesteigerte Vitalität des Gewebes, nur daß bei der Entzündung eine länger dauernde Schädigung vorhanden ist, indem zum Entzündungsbegriff noch als lang anhaltender Reiz eine Gewebsschädigung respektive eine Gewebszerstörung hinzukommen muß. Beide können verursacht werden durch chemische, mechanische, thermische oder galvanische Reize, bei der Entzündung spielen auch noch bakterielle Stoffe eine entscheidende Rolle. Die lokale vasomotorische Reaktion ist eine funktionelle Hyperämie, vielleicht bedingt durch direkte Wirkung auf die kontraktilen Elemente der Kapillare. Die Entzündungshyperämie ist von der lokalvasomotorischen schon durch ihre lange Dauer, weniger durch ihre Intensität unterschieden. Die funktionelle Hyperämie hält so lange an, wie Zellzerfallsprodukte vorhanden sind, die als Reiz wirken. Als Beweis für die erhöhte funktionelle Tätigkeit des Gewebes, bedingt durch die Zellzerfallsprodukte, kann auch der Umstand angesehen werden, daß neben der Entzündung auch ein Reiz auf proliferative Vorgänge ausgeübt wird. Neben den Zirkulationsvorgängen spielen bei der Entzündung noch eine wesentliche Rolle: die exsudativen Prozesse, die Ödembildung. Diese wird durch Störungen im osmotischen Druckverhältnis erklärt. Im Verlauf der Entzündung ist gleichfalls von Bedeutung die Verlangsamung des Blutstroms, mit der auch die Emigration der Leukozyten verbunden ist, deren Anlockung durch chemische Substanzen, wahrscheinlich die Zellzerfallsprodukte, erfolgt. Die beschriebenen Verhältnisse gelten wie für die Haut so auch für die serösen Höhlen. E. Langer-Berlin.

Hämoklasische Verteilungsleukozytosen nach Dermographie und ihre Beziehungen zum vegetativen Nervensystem, von W. Worms, I. med. Polikl. Univ. Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 31, S. 1087—1089.) Bei 23, zur Hälfte gesunden, zur Hälfte

Digitized by Google

angioneurotischen, teils auch an Thyreotoxikose leidenden Personen, von denen einige als Nebenbefund eine kranke Leber zeigten, wurden 38 Versuche in der Weise angestellt, daß auf Brust und Rücken je 4 horizontale und 4 vertikale 1 cm breite Striche mit dem Dorsum eines Fingergelenkes gezogen wurden. Die Versuche fielen 21mal positiv, 6mal bedingt positiv aus. Bei den erzielten Veränderungen handelt es sich sicher lediglich um eine „Verteilungsleukozytose im strengen Sinne", nicht um einen Leukozytenuntergang nach Widals Annahme. Da also schon einfache Nervenreize von der Haut aus genügen, um ähnliche Leukozytenschwankungen wie in Widals Versuchsanordnung herbeizuführen, wird deren Verwendbarkeit als Leberfunktionsprüfungsmethode bedeutend eingeschränkt. E. Levin-Berlin.

Die Bedeutung der Spontanschwankungen der Leukozyten (besonders für die hämoklasische Krise und die Verdauungsleukozytose), von F. Glaser und P. Buschmann, II. Innere Abt. Augusta-Viktoria-Krankenhaus Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1923, Nr. 33/34, S. 1144—1146). Spontanschwankungen wurden bei Zählung an einem Tage in 53%, bei Zählung an zwei verschiedenen Tagen in 76,5%, bei dreimaliger Wiederholung in 90% der Fälle beobachtet. Bei gleichzeitiger Zählung in Kapillaren und Venen fanden sich Leukozytenschwankungen in ersteren in 70%, in letzteren in 25%. Den Spontanschwankungen kommt eine ausschlaggebende Rolle bei der Verwertung der Verdauungsleukozytose, der hämoklasischen Krise und der Leukozytenschwankung bei rektaler Milchzufuhr zu; sie sind als Ausdruck von Tonusschwankungen im Gefäßsystem anzusehen. Es gibt keine hämoklasische Krise nach rektaler Milchzufuhr, klinisch wichtige Zustände von Peptonimmunität können unmöglich durch rektale Milchzufuhr aufgedeckt werden. Auch vermittels der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit konnte bei rektaler Milchzufuhr kein Übertritt von Eiweißkörpern in den großen Kreislauf festgestellt werden. E. Levin-Berlin.

Leukozytensturz und Ektodermabkömmlinge, von Menze-Frankfurt a. O. (Kl. W., 1923, Nr. 27, S. 1267.) Die Erkrankungen der Haut und einzelne Erkrankungen des Zentralnervensystems, z. B. Poliomyelitis, verlaufen mit einer Leukopenie. Eine Ausnahme machen Pocken und Scharlach. Bei letzterem unterscheidet sich aber die Leukozytose von der bei anderen Infektionskrankheiten durch die erhebliche Eosinophilie. Diese Leukopenie der Ektodermosen findet ihr Analogon in den Resultaten der durch Intrakutanimpfung bedingten Leukopenie. Erkrankungen des Mesoderms verlaufen im allgemeinen mit Leukozytose. Die Leukopenie der Ektodermosen ist bedingt durch die Lokalisation des Krankheitsprozesses und die Art der Erreger, da nach Verf. nur den filtrierbaren Virusarten vom Blutwege aus eine Affinität zu Abkömmlingen des Ektoderms zukomme. E. Langer-Berlin.

Über Fernwirkung im Organismus. Herdreaktionen und vegetatives Nervensystem (zugleich 3. Beitrag zur Physiologie der Haut), von Rudolf Stahl-Rostock. (Kl. W., 1923, Nr. 22, S. 1024.) Durch eigene Versuche und die Mitteilungen in der Literatur kommt Verf. zu der Ansicht, daß bei der Bäderbehandlung, der Reiztherapie u. a. bezüglich ihrer Wirkung auf den Erkrankungsherd folgende Annahme als begründet anzusehen ist: Die Herdreaktion kommt einmal infolge der leichteren Ansprechbarkeit des Erkrankungsherdes auf alle Reize im Vergleich zu allen anderen Körperzellen zustande. Andererseits wird durch die unspezifischen Hautreaktionen ein erhöhter Vagustonus hervorgerufen. Dieser kann sich an dem Erkrankungsherd besonders intensiv auswirken, weil hier die Zellen auf Grund ihrer niedrigeren Reizschwelle besonders leicht auf den unspezifischen Reiz ansprechen. Der Reiz auf das autonome System kann nach den experimentellen Untersuchungen viel leichter von den inneren Schichten der Haut als von der Subkutis ausgelöst werden. E. Langer-Berlin.

Zur Verwendbarkeit der Kollargolreaktion für Liquor- und Harnuntersuchung, von Jacob Freundlich, III. med. Abt. Wilhelminenspital in Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 25, S. 874—875). Die Herstellung der Verdünnungen (0,1% Kollargollösung in 2% Kochsalzlösung, davon 0,5 zu gleicher Menge des Liquors, weitere Verdünnungen 0,25, 0,125 usw., Liquor mit 2% Kochsalzlösung auf 0,5 aufgefüllt) ist eine sehr einfache und sichere. Im allgemeinen schien durch die Methode, die bei tuberkulöser Meningitis stets negative Resultate gab, eine Scheidung meningitischer und metaluischer Prozesse möglich. Bei der Harnuntersuchung ergaben sich keine diagnostisch brauchbaren Resultate. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Ein praktischer feuchter Verband, von B. Günther, Städt. Krankh. Bad Nauheim. (M. Kl., 1923, Nr. 32, S. 1123—1124.) Für Furunkel und andere entzündliche Infiltrate empfiehlt sich folgendes, Material sparendes und besser als beim Bindenverband Luftabschluß gewährendes Verfahren: Bedecken mit einer feuchten Lage mit Gaze unterlegten Zellstoffes, darüber über diesen allseits etwas überragend ein viereckiges Stück Billrothbattist; dessen Ränder ringsherum durch Heftpflasterstreifen befestigt, die in ihrer ganzen Länge halb dem Battist, halb der Haut aufliegen.
E. Levin-Berlin.

Zur Vakzinetherapie mit Posterisan, von A. Huttner-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 923.) Gute Erfolge mit Posterisan (bei tiefer Temperatur abgetötete Kolibakterien in Salbenform und Suppositorien) bei Hämorrhoiden, Pruritus, Ekzem und Rhagaden. F. Harry-Wiesbaden.

Eine neue Modifikation der Behandlung von Hautkrankheiten mit Schwefelwässern: chromotherapeutische schottische Zerstäubungsdusche (Une modalité de l'hydrothérapie sulfureuse des dermatoses: la douche-pulvérisation chromothérapeutique écossaise), von Peytoureau. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 29, S. 593—595.) In Luchon hat sich bei verschiedenen Dermatosen eine Einrichtung wirksamer als die bisherige Therapie erwiesen, indem mit einer filiformen Dusche eine Zerstäubung des Schwefelwassers verbunden und gleichzeitig eine Bestrahlung mit Blau- und Rotlicht, je nach der beabsichtigten sedativen oder exzitierenden Wirkung, kombiniert wird.
E. Levin-Berlin.

Die Resorption von Jod per os und durch die Haut, von Ernst Fuld und Franz Müller-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 921.) Nach innerlicher Einnahme von Jod in Mengen von 0.5—1,0 pro die konnten nur Spuren im Harn nachgewiesen werden. Wurde Jod in Form von Jodvasogen auf die gesunde Haut verrieben, so fielen die Harnuntersuchungen auf Jod stets völlig negativ aus. F. Harry-Wiesbaden.

Hautvorbereitung für subkutane Injektionen, Gasbazillusinfektion innerhalb zwölf Stunden an der Einstichstelle (Skin Preparation in Hypodermic Needle Punctures. Gas-Bacillus-Infection within Twelve Hours at Site of Hypodermic Puncture), von C. E. Tennant-Denver. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 15, S. 1066—1067.) Verf. hält die Joddesinfektion der Haut der des Alkohols überlegen. F. Quasig-Hamburg.

Ein Beitrag zur unspezifischen Immunbehandlung mit Aolan, von J. Schwenter-Bern. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 22, S. 542.) Verf. verwendete Aolan als Adjuvans neben der gewöhnlichen Therapie, und zwar intrakutan an zwei oder drei Stellen des Armes mit Intervallen von wenigstens zwei Tagen. Entschiedener Nutzen bei Furunkulose, auch bei ausgebreiteter phlegmonöser Infiltration. Bei Acne pustulosa „Eindruck, als würde die Therapie dadurch abgekürzt", bei blennorrhoischen und Erkältungszystitiden Förderung der Heilungstendenz. E. Levin-Berlin.

Weiterer Beitrag zur Terpentinbehandlung, von V. Klingmüller-Kiel. (D. m. W., 1923, Nr. 21, S. 669—671.) Infolge der verschiedenen Provenienz der Terpentine und der ungleichmäßigen Dosierung fallen Wirkungen und Nebenwirkungen bei der Terpentinbehandlung nicht einheitlich aus. Dieser Übelstand wird durch ein nach den Angaben des Verf. von der Firma Riedel A.-G. Berlin hergestelltes Präparat „Obolintin" (10%ige sterile ölige Lösung einer Mischung verschiedener, rektifizierter Terpentine) beseitigt. Von Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung ist ferner die Art der Applikationsmethode. In den meisten Fällen wird Terpentin subkutan verabreicht. Bei epidermo-dermitischen Erkrankungen, z. B. ekzematösen Dermatitiden, papulöser Rosazea, Lupus erythematodes usw. zieht Verf. die intrakutane, bei urtikariell-erythematösen Dermatosen die intravenöse Injektion vor. Die Kombination von subkutaner und intravenöser Verabreichung (3 Tage lang subkutane, dann mehrere intravenöse Injektionen) bewährte sich besonders bei Dermatosen mit stark entzündlichen Erscheinungen und heftigem Jucken, ferner bei chronischen Krankheiten, wie plastischer Induration der Corpora cavernosa. Das Wesen der Terpentinwirkung besteht darin, daß Abbauprodukte des Terpentins in den Säftestrom gelangen und den Organismus im allgemeinen und am kranken Herd selbst beeinflussen. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der Klingmüllerschen Terpentintherapie, von R. Rohrbach-Bremen. (D. m. W., 1923, Nr. 24, S. 790—791.) Gute Heilerfolge mit „Obolintin" bei einer Anzahl von Hautkrankheiten und Affektionen des Urogenitalsystems.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Schädigungen bei der Autohämatotherapie (Incidents et accidents de l'autohémothérapie), von F. Moutier und J. Rachet. (Presse méd., 1923, Nr. 65, S. 708). Unter einer Serie von 70 Fällen hatten Verff. elfmal eine Störung zu konstatieren. Der therapeutische Eingriff war stets in gleicher Weise ausgeführt worden und bestand in der Entnahme von 2—20 ccm Blut aus der Kubitalvene und sofortiger intramuskulärer Injektion desselben in der Glutäalgegend. Bei 3 Kranken handelte es sich um Kollaps- bzw. Exaltationsvorgänge als unmittelbare Folge der Injektion, einmal sogar um eine krankhafte Reaktion schon auf die Blutentnahme allein. Bei den nachträglich einsetzenden Störungen handelte es sich zweimal um einfache leichte febrile Allgemeinstörungen, während bei 3 Patienten eine Exazerbation des vorliegenden Leidens erfolgte und bei 3 anderen (Eczema palpebrae, Urtikaria, Hemikranie) im Verlauf der Behandlung ein neuer akuter Ausbruch — gewöhnlich nach der dritten oder vierten Injektion — einsetzte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Geschichte der modernen Salbentechnik (Lanolin — Eucerin), von I. Lifschütz-Hamburg. (Pharm. Zthalle, 1923, Nr. 26, S. 305—308.) Die bei der Erfindung und Einführung des Lanolins gehegten Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Schon Unna, der in ihm hervorragende Eigenschaften, Indifferenz und hohe Wasseraufnahmefähigkeit lobte, warnte vor zu weitgehenden Illusionen; später zeigte sich die Empfindlichkeit des Wollfettes beim Lagern, womit Reduktion der in der Salbe enthaltenen Mittel (Silber, Quecksilber) und Verminderung der Wirksamkeit, ebenso bei Mischungen mit Aluminium, Plumbum acet., Zinc. oxydat. einherging. Physikalische Mängel wie Zähigkeit, Klebrigkeit und Geruch führten zu Mischungen (mit Paraffinöl, Ungt. paraffini), die sich aber auch nicht einbürgerten. Das Wesentlichste an den Wollfettsalben ist ihre Hydrophilie, die aus ihm zu isolieren demnach als wichtigstes Problem erscheinen mußte. Als Träger des hydrophilen Prinzips erwies sich der ungesättigte Teil (die in Äthyl- und Methylalkhol am leichtesten lösliche Fraktion) der Wollfettalkohole, der nur 2—3% ausmacht. Mit ihm ließ sich in reiner Paraffinsalbe oder Vaselin eine hoch hydrophile Salbengrundlage herstellen; dasselbe leisteten auch die an Metacholesterin reichen Fettalkohole der inneren tierischen Organe und Gewebe. Es gelang auf diesem Wege ein alle Vorzüge des Vaselins und Lanolins unter völliger Ausschaltung ihrer Mängel vereinigendes Vehikel als Ideal für medizinische und kosmetische Salben und Pasten darzustellen, das als Eucerin von Unna eingeführt wurde, bestehend aus gleichen Teilen Eucerinum anhydricum und Wasser. Es hat sich in der Folge durchaus bewährt. E. Levin-Berlin.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artificialis.

Die Gefahr des flüssigen Paraffins bei parenteralen Injektionen (The Danger of Liquid Petrolatum in Parenteral Injections), von F. D. Weidman-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 24, S. 1761.) Im allgemeinen spielen die Tumoren, welche nach Kampferölinjektionen auftreten, keine große Rolle in der Praxis; es kann aber das Aussehen solcher Kampferöltumoren zu Verwechslung mit Tuberkeln, Gumma oder Sarkom führen. Viel häufiger kommen sicher tumorartige Gebilde nach Injektion unlöslicher Quecksilbersalze, deren Vehikel flüssiges Paraffin ist, vor. Versuche mit Chaulmoogra, in flüssigem Paraffin aufgelöst, haben gezeigt, daß auch hiermit geschwulstartige Indurationen entstehen können und jedenfalls ein Ersatz durch leicht lösliche Öle angezeigt ist. M. Stern-München.

Idiosynkrasie gegen Quecksilber (Idiosyncrasy to Mercury), von F. Meiné-Bath. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3261, S. 1092.) Eine 26jähr. Zahnarztgehilfin bot eine akute Dermatitis an der Ohrmuschel und deren Umgebung sowie recht intensive Konjunktivitis dar, vermutlich als Folge von Berühren von metallischem Quecksilber. Heilung erfolgte in acht Tagen unter Behandlung mit Kalium permanganicum und Kokaintropfen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Wert des Toxins (Antigens) von Rhus toxicodendron und Rhus venenata in der Behandlung und Desensibilisierung der Patienten mit Dermatitis venenata (The Value of the Toxin [Antigen] of Rhus Toxicodendron and Rhus Venenata in the Treatment and Desensitization of Patients with Dermatitis Venenata), von Albert Strickler-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 22, S. 1588—1590). Die Behandlung bestand darin, daß die Kranken 3—5 intramuskuläre Einspritzungen von 0,3—0,5 ccm des gelösten spezifischen Antigens erhielten. Die Zahl der Einspritzungen richtete sich nach Schwere der Krankheit und Wirkung des Mittels. Die

Digitized by Google

beiden ersten Dosen wurden in 24stündigem Zwischenraum gegeben, der Rest in Intervallen von drei zu vier Tagen. Fast regelmäßig wurde nach der ersten Einspritzung bereits Abnahme des Juckreizes verspürt. Mit der Besserung des Juckens verschwanden auch die objektiven Symptome. In 4—5 Tagen war die Haut wieder normal. Die beigefügte Tabelle gibt die Resultate von 350 so behandelten Fällen wieder. In prophylaktischer Hinsicht wurden vier Injektionen in Dosen von 0,3—0,5 ccm Antigen mit 3—4tägigem Abstand gegeben. Im Anschluß daran nahm der Pat. einen Monat lang 5—10 Tropfen einer Tinktur von Rhus toxicodendron oder Rhus venenata nach den Mahlzeiten. Wiederholung der Kur war jedoch erforderlich. Gute Erfahrungen (dazu Tabelle) an 20 Patienten. Einige beigefügte Krankengeschichten erläutern noch im einzelnen die Wirksamkeit der prophylaktischen Methode. F. Quasig-Hamburg.

Zwei Fälle von medikamentöser Arsenneuritis, von Hellmut Scharfetter, Psych.-neur. Klin. Innsbruck. (M. Kl., 1923, Nr. 25, S. 863—866.) Zwei mit Sol. Fowleri behandelte Psoriasisfälle, in deren einem trotz Intoxikationserscheinungen das Medikament nicht ausgesetzt wurde, während in dem anderen eine gewisse Überdosierung stattgefunden hatte. Verf. bemängelt die bei Dermatologen noch vielfach bestehende Gewohnheit, bei Eintreten von Intoxikationserscheinungen nur mit der Dosis herunterzugehen; es muß vielmehr das Mittel sofort ganz ausgesetzt werden.

E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen, von G. Miescher, Derm. Klin. Zürich. (Schweizer m. W., 1923, Nr. 20, S. 485—491.) Seine, eine akademische Antrittsvorlesung darstellenden Ausführungen faßt Verf. dahin zusammen, daß die Wirkung der Röntgenstrahlen in der ganzen lebenden Welt sich geltend macht. Unterschiede bestehen nur in bezug auf den Grad der Empfindlichkeit; im allgemeinen kann man sagen, daß die niedriger organisierten Lebewesen weniger strahlenempfindlich sind als die höher organisierten. Das Wesen der Röntgenstrahlen ist zunächst eine noch nicht genügend geklärte Alteration des Zellebens, die in erster Linie im Kern ihren Sitz hat. Auf kleinste Strahlendosen sehen wir, wenigsten in der niederen Tier- und Pflanzenwelt, eine Förderung sämtlicher Zellfunktionen eintreten; bei stärkeren tritt eine Störung hervor, welche den Charakter einer degenerativen Schädigung trägt. Diese Tatsache erklärt den in der Regel langsamen, über Wochen, Monate und Jahre, ja selbst von Generation zu Generation sich hinziehenden Verlauf der Strahlenreaktion. Die Röntgenreaktion nimmt unter allen bekannten Reaktionen eine besondere Stellung ein; diesem Umstande muß bei der Beurteilung von Röntgenreaktionen in vollem Maße Rechnung getragen werden. Für eine kausale Begründung der mit der Röntgentherapie zusammenhängenden empirischen Erfahrungen und Tatsachen gibt es nur bisher noch völlig unbewiesene Hypothesen. E. Levin-Berlin.

Über den entwicklungsbeschleunigenden und entwicklungshemmenden Einfluß der Röntgenstrahlen, von V. Altmann, D. Rochlin und E. Gleichgewicht, Zentral-Röntgenlaboratorium der Favusheilaktion für Osteuropa in Warschau. (Fortschr. Röntgenstr., 1923, Bd. 31, H. 1, S. 51—62.) Untersuchungen an Bohnen ergaben zur Stützung der Röntgenreiztheorie wenig Grundlage. Die gefundene Reizwirkung besteht in vorübergehender, die Vitalität der Gewebe scheinbar sogar angreifender Entwicklungsbeschleunigung, die kaum für irgend welche Krankheitsprozesse in Betracht kommt. Eine gewisse Beruhigung resultiert daraus für die Karzinomtherapie; jedoch wird die den Schwerpunkt der Heilwirkung auf Förderung des Bindegewebes legende Theorie in ihrer Stoßkraft dadurch geschwächt. E. Levin-Berlin.

Die derzeitigen Ergebnisse der experimentellen Strahlenforschung, von Hans Holfelder, Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1923, Nr. 32, S. 1129—1131, Nr. 33/34, S. 1168/1169). Die Röntgenstrahlen scheinen einen katalytischen Einfluß auf den Kolloidalzustand der Zellen auszuüben, was die geringe Kalorienarbeit, die zur Erreichung des biologischen Effektes benötigt wird, erklärt; es ist sicher mit einer Verminderung des Dispersitätsgrades bei bestrahlten Kolloiden zu rechnen. Aus der Verschiedenartigkeit der Teilchengröße der einzelnen Karzinomkolloide erklärt sich die verschiedene Radiosensibilität der Karzinome. Der Effekt einer Röntgenbestrahlung hängt nicht nur von der Größe der angewandten Dosis, sondern auch von der Gegenwart und der Konzentration eines geeigneten Katalysators und der Pufferung des Milieus ab. Die Änderung des Kolloidalzustandes der Zellen beruht im wesentlichen auf Ionisationsvorgängen, die durch die Röntgenstrahlen ausgelöst werden. Die durch chemische Art-

Digitized by Google

charaktere bedingte, mehr oder weniger hohe Sensibilität des Zellsubstrates wird durch ontogenetische und phylogenetische Einflüsse herbeigeführt. Durch Untersuchungen an Protozoen wurde festgestellt, daß ein und dieselbe Zelle Zeiten ganz verschiedener Strahlenempfindlichkeit durchmachen kann; dadurch werden dem biologischen Maßsystem gewisse wissenschaftliche Grenzen gezogen. Gleichzeitig ergab sich die wesentlich geringere Wirksamkeit verzettelter Dosen und die Tatsache, daß kleine Strahlendosen eine echte Steigerung der Vitalität der Zellen und eine echte Beschleunigung des Zellwachstums herbeiführen können, was zugunsten der Theorie der „Reizdosen" spricht; doch bleibt der praktische Wert der Reiztherapie der Röntgenstrahlen problematisch, solange nicht die anderen Faktoren, die für das Zustandekommen einer Reizwirkung eine Rolle spielen, ermittelt sind. Die Qualität der Strahlung (d. h. die Wellenlänge) spielt für den Grad der biologischen Wirkung keine große Rolle. Die Steigerung der Röntgenstrahlenwirkung durch andere Mittel (z. B. Verwendung der Sekundärstrahlen im Gewebe) ist vielfach versucht worden. Eine echte Gewöhnung an Röntgenstrahlen ist möglich; auch die Möglichkeit einer „zeitlichen Elektivität" ist bei wiederholten Bestrahlungen in Betracht zu ziehen. Bei der Frage, ob die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Tumorzelle eine direkt schädigende ist oder die Wirkung erst indirekt durch Beeinflussung anderer Zellen und der allgemeinen Abwehrkraft des Organismus zustande kommt, ist zu unterscheiden zwischen den örtlichen Abwehrkräften des Körpers (der Gewebsimmunität) und den allgemeinen Abwehrkräften (Blutimmunität). Das Zusammenwirken zwischen beiden ist ein sehr inniges. In bezug auf das Mäusekarzinom ergab sich die Notwendigkeit der Annahme der Mitwirkung wesentlicher Abwehrkräfte des Organismus. Durch allgemeine Strahlenbehandlung wurde eine unspezifische Immunität erzielt, der jedoch eine „negative Phase" vorausgeht; doch darf die direkte örtliche Wirkung der Röntgenstrahlen deshalb nicht unterschätzt werden. Die Versuche, durch Bestrahlung innersekretorischer Organe eine indirekte Strahlenwirkung zu erzielen, können, obwohl das endokrine System sicher eine wichtige Rolle in der Biologie der Strahlenwirkung spielt, noch nicht als praktisch verwertbar gelten. E. Levin-Berlin.

Die Verwendung von plastischer Abdeckmasse in der Röntgentherapie, von Alfred Róna, I. Zentral-Röntgeninst. Budapest. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 31, H. 1, S. 20/21.) Gegenüber den bleihaltigen Gummiplatten, die beim Abdecken an Körperteilen, die Erhöhungen und Vertiefungen zeigen, schwer genau anzupassen sind, ist die plastische Masse besser verwendbar. Sie besteht aus einem Teil Minium = Bleisuperoxyd und einem Teil fein pulverisiertem Bildhauerton, die gleichmäßig vermengt und mit $^1/_2$%iger Sublimatlösung verknetet werden. Es sind darin 40% Blei enthalten; eine 1 cm dicke Schicht entspricht einer 4 mm starken Bleiplatte und ist für Röntgenstrahlen undurchdringlich. Die Masse ist leicht modellierbar, gut anschmiegend, öfter verwendbar, in geschlossenem Gefäß mit nassem Tuch bedeckt unbegrenzt haltbar.
E. Levin-Berlin.

Die Wirkung von Röntgenstrahlen auf Tuberkelbazillen, von Ludwig Lange und Manfred Fraenkel-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 25, S. 1161.) Verff. erzielten folgende Resultate: Bestrahlt man Tuberkelbazillen in dünnen Aufschwemmungen mittels Röntgenstrahlen, so ist die Wirksamkeit derselben abhängig von dem Alter der zu bestrahlenden Tuberkelbazillen. Es hat sich nämlich gezeigt, daß junge Kulturen der abtötenden Wirkung widerstehen, wenn sie aus frischen, 17—20 Tage alten, noch in vollster Vermehrung und Wachstum begriffenen Bouillonkulturen stammen. Dagegen wurden durch die Strahlenwirkung solche Kulturen abgetötet, die aus 4—5 Wochen alten und älteren Kulturen stammten, wenn diese auch noch voll virulent im Tierkontrollversuch waren. Hierdurch haben die Verff. das Gesetz von der Radiosensibilität jugendlicher Zellen auch für die Bakterien widerlegt, wie sie es schon früher für jugendliche Bindegewebszellen getan haben. E. Langer-Berlin.

Histologische Untersuchungsergebnisse über die Wirkung der Bestrahlung auf das Impfkarzinom der Maus, von K. Vorlaender-Freiburg. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 910.) Je nach der Größe der verabreichten Strahlendosis und der Modifikation der Bestrahlung kann man vier Reaktionsstufen beobachten. Am 1.—2. Tage tritt eine starke Zellvermehrung im Kapselbindegewebe ein (Fibrozyten, Fibroblasten, Kapillaren und Histiozyten). Am 2.—6. Tage folgt eine Einwucherung von Bindegewebszügen in den Tumor. Am 6.—12. Tage ist der Tumor mit Bindegewebszügen durchflochten; die Karzinomzellen sind bereits erheblich geschädigt. Schließlich werden die Tumorzellreste und die Bindegewebszüge nekrotisch und verfetten. Das Kapselgewebe wird in typisches Narbengewebe umgewandelt. Aus diesen Beobachtungen erhellt mit

Digitized by Google

großer Deutlichkeit, daß das Bindegewerbe einen erheblichen Anteil an der Vernichtung sämtlicher Karzinomzellen hat. Die Proliferationsprozesse des Bindegewebes sind nach Ansicht des Verf. der Ausdruck einer Allgemeinreaktion des Gesamtorganismus.
F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Beiträge zur Strahlenbehandlung des Karzinoms, von F. Kok-Freiburg. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 910—911.) Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß es weniger auf die dem Tumor direkt verabfolgte Strahlenmenge als auf die Größe des bestrahlten Körpervolumens ankommt. Neben der örtlichen Strahlenwirkung ist noch ein indirekter Heilfaktor in Rechnung zu ziehen, der in einer Allgemeinreaktion des Körpers (Bindegewebs- und Zellularreaktion) besteht und seinerseits den Organismus im Abwehrkampf unterstützt. F. Harry-Wiesbaden.

Die Röntgentherapie bei Haarkrankheiten, von L. Holst, III. Univ.-Hautkl. Moskau. (Klinitscheskaja Medicina, 1923, Nr. 3/4, S. 16.) Er gibt folgende praktische Ratschläge: Den nichtinfiltrierten Favus und die ohne Infiltration verlaufende Trichophytie mit nichtfiltrierten X-Strahlen, dagegen die mit Infiltration einhergehende Trichophytie und Sykosis barbae mit filtrierten Strahlen zu behandeln; bei Kindern den Kopf in 5, bei Erwachsenen in 7 Bezirke einzuteilen und bei ersteren die Dosis 7—9mal, bei letzteren bis 10mal anzuwenden. Kinder unter 5 Jahren rät er nicht der Röntgenepilation zu unterwerfen. Ferner macht er darauf aufmerksam, daß bei Bestrahlung entzündeter und atrophischer Partien das Auftreten von Entzündungen mit oberflächlicher Eiterung nicht zu vermeiden ist, daß aber diese unter indifferenter Behandlung mit Vaselin bald schwinden. Eine Jodpinselung während der Bestrahlung ist nicht opportun. Nach der Bestrahlung sind tägliche Waschungen des Kopfes mit grüner Seife notwendig. Nur der Ausfall aller Haare, nur der Schwund aller Infiltrate gibt eine Garantie für Heilung. A. Jordan-Moskau.

Zur Pathogenese des sogenannten „Röntgenkaters", von Paul Neuda, Fritz Redlich, Hans Sielmann-Wien. (Kl. W., 1923, Nr. 28, S. 1306.) Jede Röntgenbestrahlung führt zu einem Angriff auf das Eiweiß. Infolge der experimentell sichergestellten Beziehungen zwischen Eiweißzerfall und Kochsalzschwankung im Organismus kommt es zu einer Beeinflussung des Kochsalzhaushalts. Jede Röntgenbestrahlung führt demnach zu einem Kochsalzverlust, der auch ohne sonstige Symptome als Folge jeder Bestrahlung eintritt. Es stehen somit in dem Vordergrunde der Beobachtungen der Röntgenschädigung die Kochsalzschwankungen, wofür die Verff. experimentelle und klinische Beweise anführen. Auch scheint danach auf Grund der klinischen Tatsachen und theoretischen Erwägungen zur Bekämpfung des Röntgenkaters die Kochsalztherapie die gegebene zu sein. E. Langer-Berlin.

Über „Röntgenspätschädigungen" der Haut nebst kasuistischem Beitrag, von Karl Grasmann, Chir. Abt. und Path. Inst. des städt. Krankh. München r. d. l. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 179, H. 1/2, S. 115—128.) Eigentliche Röntgenspätschädigungen, d. h. solche ohne voraufgegangene Hautschädigungen, sind selten. Gemeinsam ist ihnen primär gesunde Haut, wiederholte Behandlung mit harten, gefilterten Strahlen, Verabfolgung unter der Hauteinheitsdosis bleibender Einzelbestrahlungen, Einhaltung mehrwöchentlicher Bestrahlungsintervalle, Fehlen eines Traumas an der bestrahlten Stelle, spätes Auftreten von Indurationen und Ulzerationen auf völlig intakter Haut, Schmerzhaftigkeit und schlechte Heilungstendenz dieser Ulzera. Sie fanden sich mehrfach, wie auch in dem beschriebenen Falle, bei dem Tiefenbestrahlungen wegen Myomblutungen stattgefunden hatten, bei sehr korpulenten Personen. Nach Exzision des vier Jahre nach Beendigung der Bestrahlung an der rechten Gesäßbacke gebildeten, 3—5 cm großen Geschwürs weit im Gesunden heilte die Wunde glatt aus. Nach dem histologischen Befunde ist anzunehmen, daß der Defekt in der Richtung von außen nach innen, von der Epidermis gegen die Kutis und das subkutane Gewebe zustande gekommen ist und es sich nicht um einen Durchbruch einer durch Gefäßverlegungen in der Kutis gesetzten Nekrosenzone nach außen handelte. E. Levin-Berlin.

Röntgenschutz, von Emmerich Markowits, Röntgeninst. des Krankenh. Wieden in Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 25, S. 866/867.) Eingehende Aufzählung der bei Diagnostik und Therapie für den Schutz des Arztes und Pat. in Betracht kommenden Momente.
E. Levin-Berlin.

Die Coolidge-Hochleitungsröhre, von Fritz Bornhardt, Labor. Veifa-Werke Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 31, H. 1, S. 88/89.) Gut verwendbar für alle schwierigen Kurzzeit- und Schwangerschaftsaufnahmen. Einstellbarkeit der Härte und Intensität vom Reguliertisch aus. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Über quantitative Messung der Strahlen in der Lichttherapie, von Franz Blumenthal und Finkenrath-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 29, S. 1358.) Das entscheidende Prinzip in dem Aktinimeter ist die elektrische Widerstandsänderung einer Selenzelle durch die Lichteinwirkung. Ausführlich wird in der „Strahlentherapie" über die Untersuchungen berichtet. E. Langer-Berlin.

Über Blutregeneration anämisierter Mäuse im Dunkeln, im Licht und unter Einwirkung künstlicher Höhensonne, von Hans Hobert-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1923, Nr. 26, S. 1213.) Normale Tiere, die im Dunkeln gehalten werden, weisen eine leichte Abnahme der Erythrozyten und des Hämoglobingehaltes auf. Bei anämisierten Tieren findet im Dunkeln eine verzögerte und insuffizient bleibende Regeneration statt. Gleichzeitig trat eine sehr erhebliche Leukozytose auf, die aber wieder rasch abnahm. Die Tiere gingen an Entkräftung und Freßunlust sämtlich ein. Bei im Tageslicht gehaltenen, auf die Hälfte ihres Blutgehalts anämisierten Tieren fand die Regeneration innerhalb von 13—14 Tagen statt; die Leukozytenschwankung blieb in bescheiden erhöhten Grenzen und kehrte unter Schwankungen in etwa der gleichen Zeit zur Norm zurück. Die Tiere erholten sich alle. Unter dem Einfluß von ultravioletten Strahlen wird die Regeneration beschleunigt und ist in etwa 10—11 Tagen vollzogen. Zwischen den Bestrahlungen sind 4—5tägige Pausen notwendig, um den vorhergehenden Bestrahlungsreiz auswirken zu lassen. Zu kurze Pausen führen zu Erythrozytenzerfall und damit zu fortschreitender Anämie. Des ferneren wird durch die Bestrahlung eine beschleunigte Reifung der Erythrozyten veranlaßt. Der therapeutische Effekt wird durch eine erhöhte reaktive Knochenmarksreizung und vermehrte Blutbildung als Folge der Bestrahlung erzielt. Bei lichtbedürftigen Tieren wird demnach durch die Bestrahlung mit ultraviolettem Licht erstens eine allgemein günstige Wirkung erzielt und weiter eine Blutschädigung, die sich aber bei geeigneter Dosierung in eine Förderung der Blutbildung wandelt. E. Langer-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Ein Fall von ausgedehnten Hautblutungen bei einem Kinde, von W. Neuhaus-Hagen. (D. m. W., 1923, Nr. 30, S. 986/987.) Der 3jähr. Pat. wies am ganzen Körper Hautblutungen auf, die schubweise auftraten. Die sichtbaren Schleimhäute waren nicht befallen. Exitus 4 Tage nach der Einlieferung. Diagnose: Werlhofsche Krankheit. F. Harry-Wiesbaden.

Chronische Purpura ohne nachweisbare Blutveränderungen (Chronic Purpuric Eruption Without Demonstrable Bloot Changes), von J. H. Arnett und F. D. Weidman-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 16, S. 1132—1134.) Es handelt sich um eine 25jähr. Lehrerin, die seit ihrem 20. Lebensjahre rote, stecknadelkopfgroße Purpuraflecke an ihren Gliedmaßen beobachtet und jetzt über Brennen in den unteren Extremitäten klagt. Im übrigen völliges Wohlbefinden. Der Blutbefund zeigt normale Werte. Histologisch akute Telangiitis, wofür eine Ursache nicht auffindbar war. 2 Abb. F. Quasig-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Ludwig Török, Vorstand der dermatologischen Abteilung an der Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest, wurde anläßlich seines 60. Geburtstages von seinen Schülern durch eine Festschrift geehrt.

Habilitiert: Dr. Karl Erich Schmidt, Oberarzt der dermatologischen Klinik in Tübingen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Oktober 1923 | Nr. 43 | Band 77

Aus dem Diakonissenkrankenhaus Bethlehem zu Hamburg.

Die diagnostische Bedeutung von Oberhautimpfungen mit prozentual abgestuft verdünnten Tuberkulinlösungen.

Von

Dr. Koopmann, leitender Arzt.

Im folgenden möchte ich berichten über klinische Erfahrungen, die ich mit Oberhautimpfungen nach der Ponndorfschen Methode und mit prozentual abgestuft verdünntem Alttuberkulin (Merck) gemacht habe. Der Inhalt dieser läßt sich gruppieren um drei Fragen:

1. Erlaubt uns der Ausfall einer Ponndorf-Impfung mit verdünnter Alttuberkulinlösung in den Immunitätszustand eines tuberkulösen Organismus einen Einblick zu tun, der Schlüsse auf Krankheitsgrad und Prognose der Krankheit zuläßt?

2. Gibt es Regelmäßigkeiten im Verlauf von positiven Oberhautimpfreaktionen?

3. Bestehen zwischen Oberhautlokalreaktion, Herd- und Allgemeinreaktion regelmäßige Beziehungen?

Mein Material wurde gewonnen an 253 Impflingen. Geimpft wurden Krankenhauspfleglinge und Individuen, die sich in der ambulanten Praxis (Sprechstunde) oder in einer Anstaltssprechstunde krank meldeten. Die Erfahrungen wurden gesammelt an über 1000 Impfungen.

Für die diagnostische Auswertung der Impfungen kommen in Wegfall diejenigen Personen, die nicht bis zu einem positiven Ergebnis oder nicht bis zu einer absoluten Hautanergie nach Impfung mit konzentriertem Alttuberkulin durchgeimpft wurden (18 Personen). Weiter fallen für diese fort sieben Fälle von negativer Hautanergie, die klinisch erwartet wurde und sich autoptisch als begründet herausstellte: 4mal Meningitis tuberculosa, 1mal Marasmus senilis mit tuberkulöser Knochenkaries, 1mal Karzinose und 1mal Lymphogranulomatose, je vergesellschaftet mit alten Tuberkuloseherden in den Lungen. Für die Beurteilung des Ausfalls meiner Oberhautimpfungen kommen also nur 228 Personen in Frage. Von diesen reagierten 177 = 77,9 % positiv. Wenn man bedenkt, daß es sich bei den Impflingen weitaus in der Mehrzahl der Fälle um klinisch nicht ganz gesunde, bzw. kranke Personen handelte, so muß man sich darüber wundern, daß die Prozentzahl der positiven Oberhautreaktionen nicht größer war. Ich erinnere zum Vergleich an die Zahl von Nägeli: 93 %, Burkhardt: 91 %, an Sektionsmaterial nachgewiesene anatomische Tuberkulose, an die Zahl von Selters: 84 % positiver Pirquet unter

Digitized by Google

Bonner Studenten. Wenn man die Zahlen NÄGELIS und BURKHARDTS als der Wirklichkeit sehr nahekommende gelten läßt, bleibt die Prozentzahl meiner positiven PONNDORF-Impfungen hinter der Wirklichkeit bemerkenswert (um 13—15 %) zurück. Sie erscheint mir geeignet, den Vorwurf zu entkräften, den man der Kutanprobe von PIRQUETS gemacht hat, daß sie eine für die Praxis zu feine diagnostische Probe sei.

Unter den Reaktionsformen unterschied ich von dem Vergleich mit Verbrennung oder Erfrierung ausgehend drei Grade: +, Erythem bis Infiltrat, ++, Infiltrat mit Blasenbildung, +++, Nekrose. Die Untersuchung einiger Probeexzisionen von positiven Hautreaktionen zeigte mir, daß sich auch histologisch Blasenbildung innerhalb des Rete (Altération cavitaire) scharf von Reaktionsgraden mit Infiltration und Ödem scheiden lassen.

Auf 720 Impfungen mit positivem Ergebnis kamen 676 ersten Grades, 39 = 5,4 % zweiten Grades (nach Impfung mit 10 %- und 25 %igem Alttuberkulin 25mal = 62,8 %, nach Impfung mit 50 %- und 100 %igem Alttuberkulin 8mal = 37,2 %), 5 = 0,7 % dritten Grades (4mal nach Impfung mit 10 %, 1mal nach Impfung mit 25 %igem Alttuberkulin). Mit anderen Worten, unter meinem Material reagierte die Haut der meisten Impflinge nur ersten Grades, sehr weniger zweiten Grades, nicht 1mal 1 % dritten Grades. Unter den wenigen Reaktionen zweiten Grades traten die Reaktionen wieder in mehr als der Hälfte der Fälle nach Impfung mit stark verdünntem Tuberkulin auf. In diesen Fällen handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl um klinisch sicher aktivere tuberkulöse Prozesse.

Die Reaktionen dritten Grades traten auf nach Impfung mit stark verdünntem Tuberkulin. Auch hier handelte es sich um Patienten mit klinisch sicher aktiven Prozessen. Ich glaube daher, daß man aus positiver PONNDORF-Impfreaktion mit Blasenbildung und Nekrosen in Zweifelsfällen vorsichtige Schlüsse auf die Aktivität eines tuberkulösen Prozesses zu ziehen berechtigt ist.

In allen Fällen von Reaktionen zweiten und dritten Grades handelte es sich um Patienten, die klinisch eine gute Prognose zuließen. Nach dieser Erfahrung erscheint es mir erlaubt, aus der Stärke des Reaktionsgrades nach Impfung mit verdünnten Tuberkulinlösungen mit Vorbehalt auch ein Urteil über den wahrscheinlichen Verlauf der Krankheit abzugeben.

Als Begleiterscheinung der Impfreaktion beschreibt PONNDORF einen das Impffeld umgebenden, mehrere fingerbreiten Entzündungshof, der bisweilen um den halben Oberarm herumgreift. Diesen Entzündungshof, im Vergleich mit der Areola der einzelnen Impfritze Area genannt, konnte ich in 5,1 % meiner positiven Impfreaktionen feststellen, und zwar fand ich, daß eine Area mit zunehmender Konzentration der Alttuberkulinlösung bis zu 50 %, mit zunehmender Zahl der Impfungen und mit der klinischen Verschlechterung des Menschenmaterials (Krankenhausinsassen) häufiger auftrat. Am häufigsten sah ich eine Area bei Drüsentuberkulose jugendlicher Impflinge, also bei verhältnismäßig frischer Infektion. Es handelt sich bei der Entwicklung einer Area offenbar um banal entzündliche Prozesse der nächsten Umgebung der Impffelder, also wohl um

Digitized by Google

die Wirkung erheblicherer Menge giftiger Abbauzwischenprodukte. Diese scheinen also gelegentlich mit zunehmender Konzentration, mit zunehmender Zahl der Impfungen und bei verhältnismäßig frischem Infekt in reichlicherer Menge vorhanden zu sein. Ich möchte hiernach das Auftreten einer Area mit größter Vorsicht in dem Sinne der Frische eines Infektes, in dem Sinne also auch des Aktivseins eines solchen ausgewertet wissen.

Was nun den Ausfall einer Impfung mit den verschiedenen Tuberkulinverdünnungen anbetrifft, so fand ich, daß die Prozentzahlen der positiven Reaktionen mit abnehmender Verdünnung der Lösung bis zu 25 %iger Lösung ganz konstant zunahmen und hier schon eine beträchtliche Höhe erreichten (50—85 %).

Weiteres Ansteigen der Prozentzahlen positiver Reaktionen mit weiter abnehmender Verdünnung bei den der Anstalt entstammenden und im Krankenhaus behandelten Impflingen (klinisch schlechteres Material), so daß auf 50 %iges Alttuberkulin schon sämtliche erwachsenen Krankenhausinsassen, auf 100 %iges Alttuberkulin sämtliche Anstaltspfleglinge positiv reagierten. Anders verhalten sich die Prozentzahlen der ambulanten Impflinge (klinisch besseres Menschenmaterial). Nachdem sie nach Impfung mit 25 %igem Alttuberkulin 50 % erreicht haben, fallen sie auf 33⅓ und 20 % nach Impfung mit 50 %- und 100 %igem Tuberkulin.

Auf 1 %iges Alttuberkulin reagierten positiv im ganzen 14,1 % der geimpften Fälle, also verhältnismäßig viel, wenn der Prozentsatz auch erheblich hinter der Zahl von Mainini (zitiert bei Juncker) zurückbleibt. Dieser erzielte bei 80,1 % Individuen ohne klinische Anhaltspunkte für Tuberkulose nach Pirquet-Impfungen mit 1,2 %iger Alttuberkulinlösung eine positive Reaktion. Bei einem Vergleich der Prozentzahlen positiver Reaktionen nach Impfung mit 1 %igem Alttuberkulin verschiedener Materialgruppen (Kinder gesondert herausgezogen, ambulante, Anstalts- und Krankenhausimpflinge) konnte ich eine regelmäßig ansteigende Klimax von der Kindergruppe über ambulantes und Anstaltsmaterial (leichtere Fälle) zu dem Krankenhausmaterial (schwerere Fälle) feststellen, d. h. je mehr sich der tuberkulöse Infekt von seinem ersten Stadium über das zweite dem dritten nähert, um so öfter pflegen die von ihm befallenen Organismen auf schwache Lösungen positiv zu reagieren.

Ein bemerkenswerter Unterschied bestand zwischen der ambulanten Materialgruppe und der Kindergruppe einerseits und der Anstaltsgruppe und dem Krankenhausmaterial andererseits in bezug auf die Zahl der positiven Reaktionen nach Impfung mit konzentriertem Alttuberkulin. Während die Impflinge der erstgenannten Gruppen verhältnismäßig selten auf konzentriertes Alttuberkulin positiv reagierten (20—25 %), ergaben die Impfungen mit konzentriertem Alttuberkulin in den zuletzt genannten Gruppen in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle eine positive Reaktion, d. h. unter klinisch schlechterem Material fand sich fast immer tuberkulöse Infektion, während die Gruppe mit leichteren Gesundheitsstörungen oft scheinbare Tuberkulosefreiheit aufwiesen.

Um den Wert einer auf stark verdünnte Alttuberkulinlösung auftretenden positiven Ponndorf-Reaktion weiter zu untersuchen, machte ich mir eine Aufstellung der klinisch zweifellos aktiven Tuberkulosefälle (8 mal

Digitized by Google

mit röntgenologischem Befund) mit Ausfall der jeweiligen Impfung. Ich fand bei dieser Untersuchung unter 21 Fällen 12 mal = 57,2 % eine positive Reaktion nach Impfung mit 1 %igem Alttuberkulin, 6 mal = 28,5 % positive Reaktion nach Impfung mit 10 %igem Alttuberkulin, 3 mal = 14,3% eine positive Reaktion nach Impfung mit 25 %igem Alttuberkulin, d. h. die Haut sämtlicher Individuen mit sicher aktiven Prozessen reagierte auf Impfungen mit verdünnten Lösungen bis zu 25 %igem Alttuberkulin, und zwar reagierte sie regelmäßig ansteigend mit zunehmender Verdünnung häufiger, in über der Hälfte der Fälle schon nach Verwendung von 1 %iger Lösung.

Ferner teilte ich mir die Gruppen des erwachsenen Krankenhausmaterials in drei Unterabteilungen ein:

Dringender Verdacht auf das Vorhandensein einer Tuberkulose, klinisch mehr oder weniger manifeste Tuberkulose und sicher fortschreitende Prozesse. Die Haut der gesamten Gruppe reagierte, wie schon gesagt, auf Impfungen mit Lösungen bis 50 %, und zwar sämtlicher sicher fortschreitender Prozesse auf 1 %iger Alttuberkulinlösung (100 %), von 34 klinisch mehr oder weniger manifesten Tuberkulosen 10 Fälle auf 1 %iges Alttuberkulin (29,3 %), 11 Fälle auf 10 %iges Alttuberkulin (35,2 %), 10 Fälle auf 25 %iges Alttuberkulin (29,3 %), 3 Fälle auf 50 %iges Alttuberkulin (8,8 %), von 16 Verdächtigen reagierten nur 4 Fälle auf 1 %iges Alttuberkulin (25 %), 6 Fälle auf 10 %iges Alttuberkulin (37,5 %), 6 Fälle auf 25 %iges Alttuberkulin (37,5 %).

Diese Prozentzahlen zeigen, daß die Haut von tuberkulös infizierten Organismen um so öfter auf stark verdünnte Lösungen reagiert, je mehr der Infekt zum fortschreiten neigt.

Schließlich konnte ich den Wert einer positiven Hautreaktion nach Impfung mit 1 %iger Alttuberkulinlösung noch feststellen an vier autoptisch (Operation) nachgewiesenen käsigen Tuberkulosen innerer Organe (die Impfungen erfolgten erst post operationem) und an zwei Fällen von äußerlich sichtbarer tuberkulöser Erkrankung, einmal Knochentuberkulose, einmal ausgedehnter fistelnder Drüsentuberkulose.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Je empfindlicher ein tuberkulöser Organismus auf Tuberkulineinverleibung in die Oberhaut reagiert, d. h. je eher er nach Impfung mit verdünnter Alttuberkulinlösung mit einer Hautallergie antwortet, um so mehr darf man unter Würdigung des klinischen Krankheitsbildes in dieser Erscheinung einen Hinweis auf das Vorhandensein einer fortgeschrittenen oder fortschreitenden Tuberkulose erblicken. Oder: je gutartiger ein tuberkulöser Prozeß ist, um so später wird eine Hautallergie nach Impfung mit Tuberkulinlösung zunehmender Konzentration auftreten. In dem Anergischbleiben der Haut nach Impfungen mit verdünnten Tuberkulinlösungen bis zu der schließlich auftretenden positiven Hautreaktion hat man in der Regel eine gute Allergie zu sehen, d. h. die Haut der zur Induration neigenden, in Spontanheilung begriffenen tuberkulösen Organismen verarbeitet verdünnte Tuberkulinlösungen in der Regel um so besser, je weiter die Spontanheilung vorgeschritten ist.

Weiter haben meine Untersuchungen gezeigt, daß, je kräftiger eine Hautreaktion ausfällt, und zwar gerade nach Impfung mit verdünnten

Digitized by Google

Lösungen, um so mehr Aussicht besteht, daß der Organismus in dem Kampfe gegen den tuberkulösen Infekt Herr bleibt.

Wenn auch die erwähnten Impfergebnisse nicht absolut sichere Schlüsse auf den Charakter und auf die Prognose einer tuberkulösen Erkrankung zulassen, so darf man nach diesen doch aus dem Ausfall einer Impfung mit verdünnten Tuberkulinlösungen unter Beachtung des klinischen Krankheitsbildes weitgehende, relativ gültige Folgerungen ableiten, die für die Beurteilung einer tuberkulösen Erkrankung von größtem Wert sein können.

Wenden wir uns weiter zu der zweiten von mir formulierten Frage, gibt es in dem Verlauf von positiven PONNDORF-Impfungen Regelmäßigkeiten? Mit Absicht habe ich das Wort Gesetzmäßigkeiten vermieden. Von festen Gesetzen der in vieler Beziehung noch nicht genügend geklärten Immunbiologie zu sprechen, erscheint mir gewagt. Erscheinungen, die sich in gewisser Regelmäßigkeit im Verlauf von PONNDORF-Impfungen mit verdünnten Tuberkulinlösungen wiederholen, lassen aber doch darauf schließen, daß sich der Vorgang der Verarbeitung des Tuberkulins durch die Haut tuberkulös infizierter Organismen in der Regel, von der es natürlich erklärliche und nicht erklärliche Ausnahmen gibt, nach einer Art von Gesetzen, nach gewissen Gesetzmäßigkeiten abzuspielen pflegt. Bei meinem Suchen nach vielleicht greifbaren derartigen Regelmäßigkeiten ging ich von der Anatomie der PONNDORF-Impfung aus. Meine histologischen Untersuchungen, über die ich kürzlich in dieser Wochenschrift berichtet habe, veranlaßten mich, bei dem Verlauf der Tuberkulinverarbeitung durch die Oberhaut drei Stadien zu unterscheiden:

1. eine primär spezifische Plasmaquellung und Zellkernfragmentation,
2. eine sekundäre unspezifische Entzündung,
3. eine spezifische Granulombildung.

Auch in makroskopisch fast abgeklungenen und ganz abgeklungenen Impffeldern (Nachstadium) konnte ich noch geringgradige histologische Veränderungen finden. Diese Ergebnisse meiner histologischen Untersuchungen erscheinen mir wichtig für die Beurteilung der Frage nach vielleicht vorhandenen makroskopisch greifbaren Regelmäßigkeiten im Verlauf von PONNDORF-Impfungen mit verdünnten Tuberkulinlösungen.

Bei meinen diesbezüglichen klinisch-makroskopischen Studien ging ich zuerst der Frage nach, wann pflegt der Tuberkulinabbau nach Beimpfung der Oberhaut eines tuberkulösen Organismus einzusetzen. In Beantwortung dieser Frage konnte ich feststellen, daß der Tuberkulinabbau der Oberhaut in der Regel am ersten Tage nach der Impfung (nach 24 Stunden) in Fluß kommt. In einigen Fällen schon am Tage der Impfung selbst (nach 6 Stunden), und zwar vorwiegend bei den häufiger vorgeimpften Patienten. In anderen Fällen erst tagelang später. So trat unter meinem Material nach Impfung mit 1 %igem Alttuberkulin einmal erst am fünften Tage nach der Impfung eine positive Reaktion auf. Später als nach 24 Stunden traten positive Reaktionen auf nach Impfung mit 1 %igem Alttuberkulin 10mal, mit 10 %igem Alttuberkulin 5mal, mit 25 %igem Alttuberkulin 1mal, mit 50 %igem Alttuberkulin 2mal.

An diesen, wenn auch kleinen Zahlen, sieht man eine gewisse Neigung der positiven Reaktionen, mit zunehmender Konzentration weniger,

Digitized by Google

oft spät aufzutreten, d. h. je mehr Tuberkulin der Oberhaut einverleibt wird, um so weniger lange wird der Beginn des Abbaus hinausgezögert. Wie eben gesagt, pflegt dieser bei öfters Vorgeimpften schon sehr bald zu beginnen, d. h. die Oberhautzelle reagiert auf ihr einverleibtes Tuberkulin je eher, je öfter sie durch kleinere oder gleiche Dosen Tuberkulin dazu schon angeregt wurde. Einen regelmäßigen Zusammenhang zwischen Früh- und Spätreaktion mit dem Charakter einer tuberkulösen Infektion konnte ich nicht nachweisen. Wohl habe auch ich wie RITTER den Eindruck, daß eine ausgesprochene Spätreaktion nach Erstimpfung mit konzentrierterem Tuberkulin in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei wenig aktiven und klinisch gutartigen Erkrankungen vorkommt, doch sah ich Spätreaktionen nach Impfung mit 1% igem Alttuberkulin gerade bei sicher aktiveren, auch bei sicher fortschreitenden spezifischen Prozessen: In diesen Fällen befand sich die Haut oft in einem schlaffen, kraft- und saftlosen Zustand. Ich bin deshalb geneigt, anzunehmen, daß die jeweilige Verfassung der Haut bei einer Erstimpfung den Zeitpunkt des Beginnes von Tuberkulinabbaues beeinflußt. Einen Einfluß auf das Zustandekommen einer Spätreaktion hat regelmäßig die zunehmende Zahl der Impfungen. Bei jedem häufig vorgeimpften Individuum pflegt die Spätreaktion, wenn sie auch anfangs auftrat, allmählich auszubleiben, selbst wenn sich die Beschaffenheit der Haut des Betreffenden nicht durch Impfungen bessern läßt.

Weiter suchte ich durch klinisch-makroskopische Studien Aufschluß über die Frage nach der Dauer des Vorgangs vom Tuberkulinabbau in der menschlichen Oberhaut zu erhalten. Bemerkenswerterweise sind die früh auftretenden positiven PONNDORF-Reaktionen von kürzerer bis sehr kurzer Dauer. Bei den Frühreaktionen haben wir es nach meinen histologischen Befunden nur mit primär spezifischen und sekundär unspezifischen Vorgängen zu tun, es kommt nicht zur Entstehung von spezifischen Granulomen. Die spät den Tuberkulinabbau beginnenden Impffelder leiten nach den sekundär unspezifischen Stadium regelmäßig in eine lang andauernde Spätreaktionsform mit Granulombildung über. PONNDORF gibt als Dauer der ersten Impfung 10—14 Tage an, als Dauer der zweiten Impfung, bei der der Entzündungsvorgang durchschnittlich hitziger verläuft, kürzere Zeit, 5—8 Tage. In einer großen Anzahl von Fällen meines Materials fand ich die Dauer erheblich länger, als die von PONNDORF angegebene, etwa bis zu 30 Tagen, ja in einzelnen Fällen bis zu 50 und 60 Tagen, und zwar waren unter diesen Fällen, wie schon erwähnt, gerade Reaktionen nach Impfung mit 1% igem Alttuberkulin. Um Gesetzmäßigkeiten, die vielleicht auf die Dauer einer positiven Reaktion von Einfluß sind, auf die Spur zu kommen, errechnete ich mir die Durchschnittsdauer der nach Verwendung meiner prozentual abgestuften Verdünnungen auftretenden Reaktionen gesondert für jede Gruppe meines Materials. Ich fand dabei, daß die Dauer der Impfreaktion im allgemeinen ganz konstant abnimmt mit zunehmender Konzentration der Tuberkulinlösung, also auch der Häufigkeit der Impfungen, und Gutartigkeit des tuberkulösen Infektes, d. h., daß die Stachelzelle mit zunehmender Konzentration der Tuberkulinlösung und Heilungsneigung des tuberkulösen Infektes, und je öfter beimpft, die Verarbeitung desselben schneller erledigt.

Digitized by Google

Durch makroskopische Impfstudien erhielt ich ferner Aufschlüsse über Hautallergiebewegungen und Beziehungen dieser zu der verwandten Tuberkulinmenge und Krankheitscharakter und Prognose. Wie schon verschiedentlich berührt, kann sich die Allergie der Haut eines tuberkulösen Organismus unter häufigen Impfungen wandeln. Es kommt vor, daß sich der Grad einer positiven Impfreaktion mit der Zahl der Impfungen hebt. Aber nur selten sah ich nach Verwendung von verdünntem Tuberkulin den Grad einer Reaktion sich verstärken. Die Regel war, daß die Hautallergie allmählich in eine Hautanergie überging. Diese Hautanergie bedeutet sicher nicht, daß der spezifische Prozeß im Innern des geimpften Organismus gleichzeitig mit dem Abnehmen der Allergie etwa in Heilung übergeht. Man kann durch gehäuftes, schnell aufeinanderfolgendes Impfen sehr bald eine Hautanergie erreichen, ohne daß sich der klinische Befund einer tuberkulösen Erkrankung auch nur im geringsten ändert. Über den Charakter einer derartigen Anergie, über die Frage, ob sie positiv oder negativ im Sinne von HAYEKS ist, kann man in solchen Fällen im allgemeinen gar nichts sagen. Läßt man sich aber bei den Tuberkulin-Hautimpfungen von dem Gedanken leiten, daß die Haut erst eine Impfung völlig erledigt haben muß, ehe man weiterimpft, dann zeigt sich, daß bei der Verwendung von prozentual abgestuft verdünnten Lösungen doch gewisse regelmäßig wiederkehrende Beziehungen zwischen Auftreten einer Hautanergie und der Tuberkulinmenge einerseits und dem klinischen Charakter einer tuberkulösen Infektion bzw. Erkrankung und ihrer klinischen Prognose andererseits zutage treten. Die Verarbeitung meiner diesbezüglichen Erfahrungen ließ mich derartige gewisse regelmäßig wiederkehrende Beziehungen greifen.

Bei meinen entwicklungsdiagnostischen Reihenimpfungen ging ich folgendermaßen vor: Ich impfte solange mit einer 1%igen Tuberkulinlösung, bis die Haut des geimpften Organismus sich gegen diese anergisch verhielt, bis sie also imstande war, die in der Tuberkulinlösung enthaltende Tuberkulinmenge glatt zu verarbeiten. Den Impfungen mit 1%iger Lösung folgten Impfungen mit 10%iger Lösungen nach dem gleichen Prinzip und so fort bis zu Impfungen mit konzentriertem Alttuberkulin. Ich errechnete mir sodann für jede der gebrauchten Lösungen die durchschnittliche Zahl von Impfungen, die nötig waren, um eine Hautanergie nach Impfung mit dieser Lösung zu erzielen, und fand dabei ein ziemlich konstantes Ansteigen dieser Durchschnittszahlen bis zu Impfungen mit 25%iger Tuberkulinlösung, darauf ein Abfallen, daß in einzelnen Fällen soweit ging, daß Impfungen mit 50%iger und 100%iger Lösung, die vorgenommen wurden, nachdem sich die Haut auf Impfung mit 25%iger Lösung anergisch erwiesen hatte, ganz schwache oder völlig negative Reaktionen zur Folge hatten. Dieses Ergebnis sagt also, daß, wenn die Oberhaut fähig geworden ist, eine gewisse Menge Tuberkulin glatt zu verarbeiten (25%ige Tuberkulinlösung), daß ihr dann im allgemeinen die Verarbeitung weiterer größerer Mengen Tuberkulin leichter gelingt. Ein nicht ganz konstanter Hautallergie vermindernder Einfluß früher vorgenommener positiv ausgefallener Impfungen ließ sich feststellen, d. h. bei mit dünnen Lösungen und positivem Ergebnis vorgeimpften Personen trat eine Hautanergie eher auf, als bei Impflingen,

Digitized by Google

bei denen nach Impfung mit der gleichen Lösung zum erstenmal eine positive Reaktion erreicht worden war. Im übrigen ließen sich drei Hautallergieentwicklungstypen erkennen:

1. ein immer gleichbleibender oder langsam,
2. ein regelmäßig mittelschnell und
3. ein schnell zur Anergie abfallender Hautallergieentwicklungstyp.

Diese Hautallergieentwicklungstypen fand ich in der Regel vergesellschaftet mit bestimmten klinischen Krankheitsbildern und mit bestimmten klinisch zulässigen Prognosen, und zwar: den gleichbleibenden Typ vorwiegend bei spezifischen Prozessen, die sicher aktiver waren, auch gerade bei sicher fortschreitenden und weit vorgeschrittenen Prozessen mit bedingt günstiger, meist zweifelhafter und ungünstiger klininischer Prognose;

den mittelschnell regelmäßig zur Anergie abfallenden Typ bei verhältnismäßig gutartig und weniger ausgedehnt gelagerten Fällen mit verhältnismäßig günstiger klinischer Prognose;

den schnell zur Anergie abfallenden Typ bei den klinisch leichtesten Fällen von tuberkulöser Infektion (Drüsentuberkulose, zur Spontanheilung neigende Spitzenaffektionen) mit klinisch bester Prognose.

Das Wort „in der Regel" möchte ich besonders unterstreichen, ich gebe zu, daß es Ausnahmen von dieser Regel gibt.

In noch zwei weitere Hautallergiephänomene konnte ich durch meine Impfstudien einen Einblick tun, in das „Aufflammen" anergisch gewesener Impffelder nach weiteren Impfungen und in das „Wiederaufflammen" allergisch gewesener, makroskopisch abgeklungener Impffelder. Das Aufflammen anergisch gewesener Impffelder beobachtete ich bei meinem Material meistens nach der zweiten Impfung (mit 10%igem Alttuberkulin), aber auch noch nach der fünften Impfung (mit konzentriertem Tuberkulin), und zwar flammten dann immer sämtliche vorherigen Impfstellen auf in einer Intensität, die mit steigender Konzentration des Tuberkulins zunahm. Um sich diese Erscheinung zu erklären, muß man annehmen, daß durch eine Impfung den Stachelzellen einverleibtes Tuberkulin längere Zeit in sessilen Rezeptoren verankert liegen bleiben kann, ohne chemische oder kolloidchemische Vorgänge nennenswerter Art hervorzurufen. In den meisten Fällen genügt ein zweiter Anstoß, solche Vorgänge zur vollen Entfaltung zu bringen. In anderen Fällen bedarf es größerer Mengen Tuberkulin, um schließlich die Abbaufähigkeit der Stachelzelle voll zu wecken. Es handelt sich also bei dem Aufflammen um eine Sensibilisierung vorher nicht voll funktionierender Stachelzellen. In meinen Fällen war diese Sensibilisierung stets eine universelle. Dieser Befund ist ein Beweis für die Auffassung des Deckepithels als ein Organ (Friboes) und bestätigt die Erfahrungen auf diesem Gebiete von Ellermann und Erlandsen. Ein Aufflammen von Impffeldern fand ich unter meinem Material im ganzen bei 5,3% der Fälle, also sehr selten, und zwar handelte es sich bei diesen Fällen um leichtere Erkrankungsgrade, bzw. nur um tuberkulöse Infekte. Je früher dies Phänomen bei Verwendung von prozentual abgestuft verdünnter Lösung auftritt, um so weniger diagnostischen Wert hat es.

Neben den Fällen, in denen anergische Impffelder bei weiteren Impfungen allergisch werden, gibt es solche, in denen nur die letzte

Digitized by Google

Impfung eine positive Reaktion zur Folge hat, die früher angelegten Impffelder anergisch bleiben. In diesen Fällen kommt man mit der Erklärung aus, daß die Oberhaut bis zur auftretenden Allergie imstande war, die ihr einverleibte schwächere Tuberkulinlösung schnell und vollkommen abzubauen, daß die Allergie die Folge ist von der Einverleibung stärkerer Tuberkulinlösungen, die von der Oberhaut weniger schnell und unvollkommen abgebaut werden und nun die Erscheinungen einer positiven Reaktion hervorrufen. Auch diese Erscheinung fand ich nur bei gutartigen spezifischen Infekten.

Schließlich gibt es noch Organismen, deren Haut, obgleich sie tuberkulös infiziert sind, trotz wiederholter Impfungen anergisch bleibt. In solchen Fällen gelingt es bisweilen erst nach parenteraler Einverleibung unspezifischer Eiweißpräparate (z. B. Aolan) oder durch physikalische Behandlung (Sonnenbestrahlung, Solbäder) eine Tuberkulinallergie zu erzielen. Während also der negative Ausfall von wiederholten Oberhautimpfungen selbst mit konzentriertem Tuberkulin für Tuberkulosefreiheit nicht beweisend ist, zeigt dagegen der positive Ausfall einer ersten Oberhautimpfung mit stark verdünnten Lösungen nicht nur das Vorhandensein eines tuberkulösen Infektes an, sondern deutet sogar in die Richtung eines aktiveren Prozesses, und ist so doch ohne Zweifel das für die Diagnose wertvollere Ergebnis.

Bei dem Wiederaufflammen alter, anergisch gewordener Impffelder handelt es sich nach Ansicht der Autoren, die über dieses Phänomen berichten, um echte Herdreaktionen künstlich erzeugter Tuberkel. Diese Auffassung scheint mir aber nicht für alle Fälle erschöpfend zu sein. Nach meinen histologischen Untersuchungen pflegen die tuberkuloiden Strukturen mit dem Abklingen der Reaktion zu verschwinden und ein schnell verschwindendes Wiederaufflammen alter Impfstellen ist sehr oft noch festzustellen, wenn sicher keine spezifischen Granulome, also keine tuberkulösen Herde mehr vorhanden sind. Ich sehe in dieser Erscheinung ein Zeichen dafür, daß Spuren nicht völlig verarbeiteten Tuberkulinmaterials sehr lange in den Impffeldern verankert liegen bleiben können und bei jedesmaligem neuen Anstoß (Impfung) weiter verarbeitet werden. Dafür spricht auch der Umstand, daß das Wiederaufflammen bei weiteren Impfungen allmählich nachzulassen pflegt. Im übrigen war bei meinem Material das Wiederaufflammen wie das Aufflammen universell, ich beobachtete es in 16,2 % meiner positiven Impfungen und fand keine erwähnenswerten Beziehungen zwischen Wiederaufflammen und Krankheitscharakter.

Bei dem Zusammenhang von Haut mit Gesamtorganismus kann man sich vorstellen, daß Wellen von Eigentuberkulin derartiges Wiederaufflammen von alten Impffeldern hervorrufen können. Ich sah diese Erscheinung öfter bei einer Patientin mit weit vorgeschrittener Lungentuberkulose.

Wie Sahli fand auch ich, daß einmal entstandene Hautanergie bei gleichbleibendem klinischen Befunde nach etwa 3 Monaten einer neuen Hautallergie weichen kann. Man sieht daran wiederum, daß sich Bewegungen der Hautallergie unter Umständen abspielen, ohne daß merkbare Veränderungen im Innern des Organismus die Folge davon zu sein brauchen.

Digitized by Google

Wenn auch die Reaktionsfähigkeit der Oberhaut im allgemeinen universell gleich ist, so gibt es doch gelegentlich bemerkenswerte Unterschiede in derselben. So konnte ich bei meinem Material nach Impfung mit verdünnten Lösungen den von Tovölgyis 1914 formulierten Satz bestätigen, daß die Kutanreaktionen um so empfindlicher seien, je näher sie dem Krankheitsherde lägen. Eine weitere schon früher von Hamburger u. a. mitgeteilte Beobachtung machte auch ich. Des öfteren konnte ich den Einfluß jahreszeitlicher Schwankungen (Sonnenstrahlen) auf die Stärke einer positiven Impfreaktion feststellen.

Durch meine, die zweite von mir formulierte Frage betreffenden Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, daß es in dem Verlauf von positiven Ponndorf-Impfungen mit prozentual abgestuft verdünnten Lösungen eine Reihe von regelmäßig wiederkehrenden Erscheinungen gibt, deren für die Diagnostik wichtigste mir die zu sein scheinen, daß die Haut bei Innehaltung der von mir geforderten Impfpausen unter dem Einfluß wiederholter Impfungen immer anergisch wird, daß es aber um so schwerer gelingt, eine Hautanergie bei einem tuberkulösen Organismus zu erreichen, je mehr der spezifische Prozeß desselben zur Aktivität neigt.

Meine bisherigen Ausführungen betrafen in der Hauptsache die nach Impfung mit verdünnter Tuberkulinlösung auftretenden Lokalreaktionen und das, was man aus diesen unter genügender Berücksichtigung des klinischen Befundes abzulesen imstande ist. Bekanntlich gibt es aber nach der Einverleibung von Tuberkulin in den menschlichen Organismus unter Umständen noch zwei andere Erscheinungen, die Herd- und die Allgemeinreaktion, deren Auftreten für die Beurteilung einer spezifischen Erkrankung von größter Wichtigkeit sein können.

Die spezifische Herdreaktion entsteht dadurch, daß unverändertes Tuberkulin oder Tuberkulin-Abbauzwischen- oder Begleitprodukte auf dem Wege des Kreislaufs an einen tuberkulösen Herd des geimpften Organismus gelangen und hier der Lokalreaktion gleichsinnige Vorgänge in Fluß bringen. Da bei jeder Tuberkulineinverleibung zum mindesten Abbauzwischenprodukte in den Kreislauf gelangen, muß es nach jeder Einverleibung auch der geringsten Tuberkulinmenge zu einer Herdreaktion kommen. Auf diese Tatsache hat Sahli des öfteren mit Nachdruck hingewiesen. Neben dieser spezifischen Herdreaktion gibt es nach Tuberkulineinverleibung eine unspezifische Herdreaktion, d. h. eine Reaktion jeder Art von entzündlichen Herden in einem Organismus, der Tuberkulinempfindlichkeit besitzt. Sie wird hervorgerufen von den durch die unspezifischen Vorgänge des Tuberkulinabbaus mobilisierten, in den Kreislauf gelangenden zelligen Elementen (Lymphozyten), für die jede Art von Entzündungsherd eine besondere Anziehungskraft besitzt. Daß auch spezifische Herde durch unspezifische Mittel beeinflußt werden, dürfte nach den Untersuchungsergebnissen Weicksels ebenfalls bekannt sein.

Nach dem Gesagten ist die Frage, ob man aus einer nach einer positiven Tuberkulin-Oberhautimpfung auftretenden Herdreaktion an sich sichere Schlüsse auf die Spezifität, Schlüsse auf die Aktivität eines spezifischen Herdes ziehen kann, ohne weiteres zu verneinen.

Als ein Vorteil der Tuberkulineinverleibung nach der Ponndorfschen Methode wird gerühmt, daß sich die Hauptreaktion auf der Haut abspiele

Digitized by Google

und so Herdreaktionen ausschließe, bzw. sie auf ein Mindestmaß herabdrücke. Ohne Zweifel bildet die Oberhaut einen guten Tuberkulinfilter, d. h. wenn man es vermeidet, die Blutbahn zu eröffnen. Daß aber auch von positiven Ponndorf-Reaktionen, die auftraten nach reinen Oberhautimpfungen, erhebliche zentripetale Wirkungen erzielt werden, davon konnte ich mich oft genug überzeugen. Unter den Herdreaktionen, die sich nach meinen Impfungen greifen ließen, waren zwar keine, die einen offensichtlich verderblichen Einfluß auf den spezifischen Herd ausübten, immerhin genug solcher, die auf eine kräftige zentripetale Wirkung schließen ließen. In der Regel waren die von mir nach Impfung mit verdünnten Tuberkulinen beobachteten Herdreaktionen milde. Die Ursache dieses in der Regel milden Charakters der Herdreaktionen nach lege artis angelegten Ponndorf-Impfungen mit verdünnten Lösungen sehe ich eben darin, daß nur Zwischen- oder Begleitprodukte des Tuberkulinabbaus an den spezifischen Herd gelangen.

Unter meinem Material konnte ich in 16,1 % der Fälle eine Herdreaktion nach positiven Ponndorf-Impfungen feststellen. Und zwar traten die meisten Herdreaktionen (33⅓ %) nach Impfung mit 1 %iger Tuberkulinlösung auf. Ich fand weiter, daß die Prozentzahlen der nach positiven Impfungen mit verdünnten Lösungen auftretenden Herdreaktionen fast ganz konstant abnahmen mit der Zunahme der Konzentration der Lösungen, d. h. die klinisch sicher aktiveren, fortgeschrittenen oder fortschreitenden tuberkulösen Prozesse, deren Oberhaut, wie ich oben mitteilte, am empfindlichsten auf verdünnte Lösungen zu reagieren pflegt, lieferten auch die meisten merkbaren Herdreaktionen, oder je besser der klinische Befund eines tuberkulösen Prozesses war, um so weniger oft konnte ich bei einem solchen nach Impfung mit Tuberkulinlösung steigender Konzentration eine Herdreaktion greifen. Erinnern wir uns an das in dem zweiten Abschnitt meiner Arbeit über die Neigung der Haut eines tuberkulösen Organismus, auf Impfung mit einer bestimmten Tuberkulinverdünnung zur Anergie abzufallen, Gesagte, so finden wir einen Parallelismus zwischen dem gleichbleibenden Hautallergieentwicklungstyp und der Höhe der Prozentzahl der nach Ponndorf-Impfung auftretenden Herdreaktionen. Bei Impflingen mit diesem Allergietyp konnten nach wiederholten äquidosalen Impfungen fast immer Herdreaktionen beobachtet werden. Beide Erscheinungen fanden sich nur bei spezifischen Affektionen, und zwar bei sicher aktiveren Prozessen Nach diesem Untersuchungsergebnis darf man aus einer nach Oberhautimpfung mit verdünnten Lösungen auftretenden merkbaren Herdreaktion doch, allerdings vorsichtige Schlüsse auf die Spezifität und auch auf den Charakter eines Infektes ziehen.

Was den Beginn und die Dauer einer merkbaren Herdreaktion anbetrifft, so spricht Kraemer von der Flüchtigkeit der physikalischen Erscheinung einer solchen. Im allgemeinen fand auch ich bei meinem Material, daß die durch Oberhautimpfung ausgelösten merkbaren Herdreaktionen früh aufzutreten und sehr bald wieder zu verschwinden pflegen, etwa konform mit dem Auftreten und Verschwinden einer von mir in Stichproben regelmäßig nach Oberhautimpfung gefundenen Blutleukolymphozytose. Die von mir beobachteten Herdreaktionen traten in der

Digitized by Google

Regel am Tage nach der Impfung auf und waren schon am folgenden Tage nicht mehr nachzuweisen. In einzelnen Fällen dauerten sie länger, so einmal 10 Tage bei einer autoptisch festgestellten käsigen Darmtuberkulose (nach Impfung mit 1 %iger Lösung) und einmal 14 Tage bei einer fortschreitenden Lungentuberkulose (nach Impfung mit 25 %iger Lösung), also jedesmal bei sicher aktiveren Prozessen. Aus dieser Beobachtung glaube ich schließen zu dürfen, daß je mehr ein tuberkulöser Prozeß zum Aktivsein neigt, auftretende Herdreaktionen von um so längerer Dauer sein werden. Es läßt sich also auch die Dauer einer nach Kutanimpfung mit verdünnten Tuberkulinlösungen auftretenden Herdreaktion in Zweifelsfällen für die Diagnose auswerten.

Durch die letzten Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, daß merkbare Herdreaktionen durch Oberhautimpfungen mit Tuberkulin hervorgerufen werden können, und daß eine merkbare Herdreaktion bzw. der Grad einer solchen nicht so sehr von der Menge des verabreichten Tuberkulins, als vielmehr von dem Charakter eines spezifischen Prozesses des geimpften Organismus abhängt. Im ersten Teil dieser Arbeit berichtete ich bei der Besprechung der Reaktionsgrade darüber, daß Reaktionen zweiten Grades mit Blasenbildung meist bei sicher aktiveren spezifischen Affektionen von mir gefunden wurden. Wenn diese Beobachtung der Wirklichkeit nahe kam, dann mußte sich nach dem eben Gesagten auch eine Abhängigkeit der merkbaren Herdreaktion von dem Grade der Lokalreaktion feststellen lassen. Tatsächlich fand ich mit fast allen Lokalreaktionen zweiten Grades eine merkbare Herdreaktion vergesellschaftet. Eine konstante Beziehung zwischen Grad der Lokal- und der merkbaren Herdreaktion konnte ich jedoch nicht nachweisen. Es kamen sowohl stärkste merkbare Herdreaktionen nach geringgradigen Lokalreaktionen vor, als auch blieben merkbare Herdreaktionen nach stärksten Graden der Lokalreaktion aus.

Wie zwischen Lokalreaktion und Herdreaktion gewisse regelmäßige Beziehungen vorhanden zu sein scheinen, konnte ich solche auch zwischen Lokalreaktion und Allgemeinreaktion beobachten. Als Allgemeinreaktion notierte ich nach Oberhautimpfungen auftretende Temperaturschwankungen von mindestens einem halben Grad. Diese entstehen durch immunbiologische Reaktionsvorgänge im Humor und können ausgelöst werden durch zentripetale Wirkung der Lokalreaktion einerseits und reflektorische zentrifugale Wirkung des tuberkulösen Herdes andererseits. Ich sah im ganzen wenig Allgemeinreaktionen nach meinen Oberhautimpfungen mit verdünnten Lösungen; nur in 10,8 % der Fälle (vgl. 35 % Karczag nach Intrakutaneinverleibung von Tuberkulin). Die Allgemeinreaktionen erreichten auch im allgemeinen unter meinem Material geringe Höhe, überschritten meist 38° nicht, erreichten aber bei Verwendung von konzentriertem Tuberkulin einmal 39,5° und von 25 %iger Tuberkulinlösung einmal 40°. Sie waren von kurzer Dauer, in der Regel 1—2 Tage, selten 3 Tage lang. Neigung zu längerer Dauer der Allgemeinreaktion war bei sicher aktiveren Prozessen vorhanden. Andererseits konnte ich gelegentlich die entfiebernde Wirkung des Tuberkulins eindeutig feststellen. Im übrigen fielen die Prozentzahlen der nach Impfung mit verdünnten Lösungen auftretenden Allgemeinreaktionen ziemlich konstant

Digitized by Google

mit zunehmender Konzentration der Lösung, d. h. nach früheren Ergebnissen: je mehr die Haut eines tuberkulösen Organismus dazu neigt, auf stark verdünnte Lösungen zu reagieren, also je aktiver der spezifische Herd eines geimpften Organismus ist, um so häufiger kommt es bei ihm nach Tuberkulineinverleibung in die Oberhaut zum Auftreten einer Allgemeinreaktion. Eine Abhängigkeit des Grades der Allgemeinreaktion von dem Grade der Lokalreaktion konnte ich nicht beobachten. Ich sah Allgemeinreaktionen nach ganz schwach positiven Impfungen und stärkste Lokalreaktionen ohne die geringste Allgemeinreaktion. Schwache Lokalreaktionen mit Allgemeinreaktionen sah ich öfter bei weit vorgeschrittener Lungentuberkulose. Ich möchte danach in dieser Erscheinung ein prognostisch ungünstiges Zeichen sehen, während mir stärkste Lokalreaktion ohne Allgemeinreaktion eine prognostisch günstig zu bewertende Erscheinung zu sein scheint. Hervorgehoben muß noch werden, daß auch die nach Tuberkulinoberhautimpfung auftretende Allgemeinreaktion keinen absoluten, sondern nur relativen Wert hat, und daß man aus einer Allgemeinreaktion bei einem klinisch tuberkulosefreien Organismus nicht auf einen aktiven spezifischen Herd schließen darf. Auch bei Organismen mit unspezifischen entzündlichen Herden kann es zu Allgemeinreaktionen von beträchtlicher Höhe kommen.

Es bleibt noch die Frage zu erörtern, ob nach Tuberkulinoberhautimpfungen auftretende Allgemeinreaktion und Herdreaktionen zueinander in Beziehung stehen. Wie aus den früheren Ausführungen ersichtlich, scheint ein gewisses regelmäßiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktion vorhanden zu sein. Herd- und Allgemeinreaktionen werden nach Oberhautimpfungen am häufigsten bei Organismen mit aktiveren Prozessen gefunden, die Prozentzahl beider nimmt mit zunehmender Konzentration der Tuberkulinlösung ab. Es wurden aber mehr Herdreaktionen beobachtet, als Allgemeinreaktionen notiert werden konnten. Hieraus ergibt sich, daß eine Herdreaktion nicht unbedingt eine Allgemeinreaktion zur Folge haben muß, wenn auch wohl eine Allgemeinreaktion in der Regel als die Folge einer Herdreaktion anzusehen ist. Oft habe ich Allgemeinreaktionen gesehen, ohne die sie hervorrufende Herdreaktion greifen zu können. Zahlreiche Herdreaktionen konnte ich feststellen, ohne daß eine Allgemeinreaktion die Folge gewesen wäre.

Durch meine, die drei oben formulierten Fragen behandelnden Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, erstens, daß man sich aus probatorischen Reihenimpfungen der Oberhaut mit prozentual abgestuft verdünnten Tuberkulinlösungen eine wertvolle Ergänzung des klinischen Krankheitsbildes einer tuberkulösen Affektion und auch Hilfen für die Prognosenstellung verschaffen kann, und zweitens, daß sich die durch Oberhautimpfung mit verdünnten Tuberkulinlösungen ausgelösten Vorgänge in Haut- (Lokalreaktion) und im Organismus (Herd- und Allgemeinreaktion) nach gewissen teilweise greifbaren Regeln, in die wir allerdings noch keinen vollen Einblick haben, abspielen.

Als einen Hauptvorteil der Oberhautimpfung sehe ich an, daß die durch dieselbe ausgelösten zentripetalen Wirkungen im allgemeinen milde sind, besonders nach Verwendung von stark verdünnten Tuberkulinlösungen. Immer aber sei man sich darüber klar, daß man selbst bei

Digitized by Google

Verwendung von stark verdünnten Lösungen es nicht ganz in der Hand hat, schädliche Herdreaktionen zu vermeiden. Deshalb ist auch bei Oberhautimpfung mit verdünnten Tuberkulinlösungen, wie bei jeder Tuberkulineinverleibungsmethode Vorsicht am Platze. Ohne mir an dieser Stelle ein Urteil über die therapeutische Bedeutung der PONNDORFschen Originalmethode zu erlauben, stehe ich nicht an, die von mir modifizierte PONNDORF-Methode als ein für die Diagnostik wertvolles Verfahren zu häufigem Gebrauch zu empfehlen.

Literatur:

BURKHARDT, Zschr. f. Hyg., Bd. 53. — ELLERMANN und ERLANDSON, Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1909, Bd. 14. — FRIEBOES, M. m. W., 1920, Nr. 36. — HAMBURGER, M. m. W., 1920, Nr. 14. — v. HAYEK, Springer, Berlin 1920. — KARCZAG, Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1919, Bd. 41. — KRAEMER. Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1919, Bd. 42. — MAININI zit. bei JUNKER, M. m. W., 1908, Nr. 5. — NAEGELI, Virch. Arch., Bd. 167. — PONNDORF, Weimar 1921. — RITTER, Handbuch d. Tbc., Bd. I., Barth, Leipzig 1923. — SAHLI, Schwalbe, Basel 1913. — SELTER, D. m. W., 1916, Nr. 10. — TOVÖLGYIS, Samml. klin. Forsch., 1914. — WEICKSEL, M. m. W., 1921, Nr. 30.

Zur Kenntnis netzförmiger Hautveränderungen, vorzüglich entzündlicher Natur (Cutis marmorata pigmentosa BUSCHKE-EICHHORN).

(Bemerkungen zur Arbeit von LEHNER und KENEDY [Derm. W., Nr. 35].)

Von

A. BUSCHKE.

In ihrer Arbeit bringen die Autoren weitere Beobachtungen und weitere Literatur zu dem Thema der netzförmigen Dermatosen anschließend an ihre frühere Mitteilung (Arch. f. Derm., Bd. 141, H. 3). Ich möchte hier darauf hinweisen, daß BUSCHKE und EICHHORN bereits 1911 (Derm. Zschr., S. 109) unter der Bezeichnung „Cutis marmorata pigmentosa" klinisch und histologisch sehr eingehend zuerst über diese netzförmige Anordnung von Hautveränderungen durch Hitze und Kälte berichtet haben (was die Autoren auch in ihrer früheren Arbeit erwähnt haben). Aber nicht diese Prioritätsfrage bei dieser — ja schon zweifellos von anderen vielfach beobachteten, wenn auch nicht in ihrer dermatologischen Dignität gewürdigten — Affektion drückt mir die Feder in die Hand, sondern der Umstand, daß in den interessanten und dankenswerten Mitteilungen der Autoren der springende Punkt, das auch noch heute ungelöste interessante Problem dieser exogen entstandenen Cutis marmorata pigmentosa nicht scharf genug hervorgehoben ist. Ich habe in der damaligen Arbeit bereits scharf betont, daß die Erscheinungen sich an die Marmorierung der Haut anschließen. Nach den klinischen und histologischen Veränderungen unterschied ich eine Cutis marmorata vasculosa, pigmentosa und hyperplastica. Die erstere war nur funktionell, die beiden anderen

Digitized by Google

zeigten histologische Veränderungen, die sich in entzündlichen Infiltraten im Papillarkörper und der Kutis, in Pigmentveränderungen und Akanthosis, Hyper- und Parakeratosis äußerten. Das Problem war nun die Ursache, die netzförmige Anordnung festzustellen. Unser Gedanke war natürlich, daß diese Veränderungen sich eng an das oberflächliche Gefäßnetz anschlössen. Wir haben große Hautstücke verstorbener Phthisiker, die solche Figuren nach Hitzebehandlung aufwiesen, in Serien geschnitten und fanden zu unserem Erstaunen, daß das Pigment nicht etwa neben den Gefäßen liegendes Blutpigment, auch nicht wesentlich Chromatophoren waren die etwa den Gefäßen folgten, sondern Basalzellenpigment, das eben so fleckförmig gelagert war. Also hier, eben wie bei den anderen Veränderungen, ließ sich ein Zusammenhang mit dem Gefäßnetz nicht nachweisen. Ich habe dann später noch weitere ähnliche Untersuchungen angestellt, ohne andere Zusammenhänge zu finden. Auch Lehner und Kenedy haben nach dieser Richtung nichts ermittelt. Wir müssen deshalb annehmen, daß die der Cutis marmorata entsprechenden Hautstellen nicht nachweisbar anatomisch, sondern biologisch andere Zusammenhänge mit dem Gefäßnetz haben müssen als die benachbarten Hautstellen. Besonders wichtig scheint mir das bezüglich des Hautpigments, das so auf die äußere Einwirkung gerade an diesen Stellen besonders stark produziert wird. Ob lediglich die durch die stärkere Vaskularisation erhöhte Temperatur ursächlich in Betracht kommt, oder ob doch aus den Gefäßen hier noch Pigmentgeneratoren exsudieren, die vielleicht mit neueren Pigmentforschungsmethoden als Pigmentvorstufen festzustellen wären, sei nur erwogen. Jedenfalls möchte ich durch diese Bemerkungen zur Weiterbearbeitung dieser von uns zuerst beschriebenen Cutis marmorata pigmentosa und auf das ja natürlich nur theoretisch-dermatologisch interessante Problem scharf hinweisen. Vielleicht resultieren aus der eventuellen Lösung auch Gesichtspunkte zur Beurteilung der netzförmigen Anordnung der interessanten endogenen, von den Autoren beschriebenen Dermatosen.

Aus der Universitäts-Hautklinik Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. L. Merk).

Ein Fall von doppelseitigem und gleichhohem Herpes zoster der oberen Extremitäten und der Lendengegend.

Von

Dr. Hans Krösl, Hilfsarzt der Klinik.

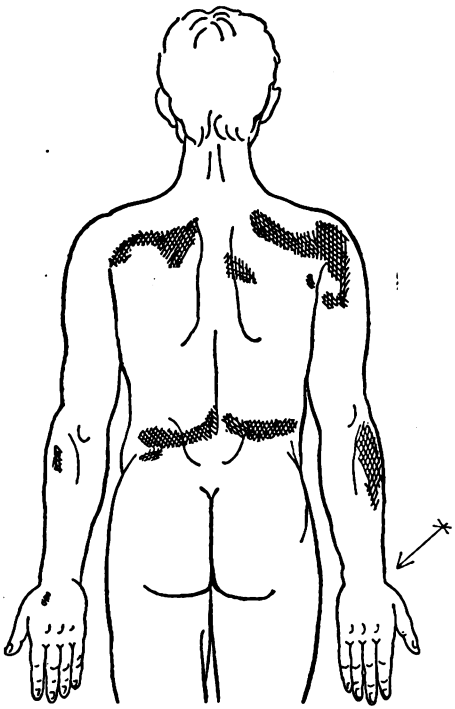
Mit 1 Abbildung im Text.

Da Fälle von doppelseitigem Herpes zoster mehrfach als seltenes Vorkommnis veröffentlicht wurden, soll in der Folge über einen Fall berichtet werden, der an unserer Klinik zur Beobachtung gelangte und der auch aus dem Grunde bemerkenswert ist, daß er doppelseitig zwei weit voneinander abliegende Abschnitte betraf. In den bisherigen Veröffentlichungen wurde neben dem Hinweis auf das ziemlich seltene Vor-

Digitized by Google

kommen eines beiderseitigen Herpes zoster überhaupt, besonders betont, daß das Auftreten eines Herpes zoster bilateralis verschiedener Abschnitte noch viel seltener sei (W. Pick nach Klausner [1]).

Nach einer Angabe des letzteren, der einen Fall von doppelseitigem Herpes zoster insbesondere der Unterarme veröffentlichte, fanden sich bis dahin — abgesehen von dem relativ häufigeren Herpes zoster bilateralis universalis und Herpes zoster bilat. facialis — nur folgende Fälle veröffentlicht: Herpes zoster intercostalis sin. et lumboabdominalis (Stabell), Herpes zoster intercostalis dexter et collaris sin. (Truffi), Herpes zoster intercostalis et perinealis (Fournier), Herpes zoster bilater. sacrococcygeus (Kaposi, Bewly), Herpes zoster genito-cruralis bilater. (Beatty), Herpes zoster intercostalis bilat. (Carpenter), Herpes zoster occipito-brachialis bilat. (Kaposi), Herpes zoster frontalis et dorsalis (Bradshaw). Zu diesen von Klausner angeführten Fällen kommen noch hinzu — soweit uns die Literatur zugänglich ist — zwei Fälle von Lipschütz (2), 1. Herpes zoster intercostalis dexter et disseminatus der rechten Brusthälfte und rechten Halsseite, unterhalb der linken Brustdrüse und an der Innenseite des linken Oberschenkels und 2. Herpes zoster intercostalis dexter et lumboinguinalis sin. (Munie-Gand [3]); Herpes zoster bilat. der Nates, Sidnig (4): Herpes zoster bilat. des Rückens und H. Rockwell-Varney und R. C. Jamielson (5): Herpes zoster bilat. lumbalis.



Ein Fall von doppelseitigem und gleichhohem Herpes zoster der oberen Extremitäten und der Lendengegend. Die schraffierten Stellen zeigen das Ausbreitungsgebiet an, * zeigt eine Bläschengruppe der Volarseite an.

In unserem Fall handelt es sich um einen Herpes zoster bilat. cervico-brachialis et bilat. lumboinguinalis nach von Baerensprungs Einteilung oder Herpes zoster bilat. der Area dorso-ulnaris et bilat. der Area sacroiliaca nach der Auffassung von Head.

Der Fall betraf einen 17jähr. Tischlerlehrling, dessen Anamnese besagt, daß er am Tag vor der Aufnahme (aufgenommen am 24. VII. 1923) plötzlich vormittags am rechten Handgelenk einen juckenden Ausschlag bemerkte und ein juckendes Brennen über den Schulterblättern verspürte. Schmerzen usw. in den betroffenen Gegenden waren angeblich keine vorangegangen. Seit beiläufig drei Wochen setzte sich Pat. anläßlich des Badens öfter Sonnenbestrahlung aus. Früher immer gesund, Familienanamnese ohne Belang. Status präs. 164 cm groß, Körpergewicht 55 kg. Brustumfang 78 cm, Oberarm 27,5 cm, Panniculus adip. unter dem Schulterblatt 0,5 cm. Haare braun, behaarte Kopfhaut, bis

Digitized by Google

auf zwei etwa 5 cm lange Narben am Hinterhaupt nach Hundebiß, frei. Augen grau, Pupillen gleich weit, prompt auf Lichteinfall und Konvergenz reagierend; Gesichtshaut von gesunder Farbe. Gebiß vollständig, gut, Schleimhäute des Mundes und Rachens blaß, frei.

Die Haut des Stammes infolge Sonnenbestrahlung ziemlich stark gerötet. Am Rücken über dem rechten Schulterblatte bis in den halben Oberarm, besonders über dem Musc. deltoideus und in der Regio antibrachii radialis Gruppen von Bläschen, zum Teil noch Knötchen, zum geringen Teil hämorrhagisch in handtellergroßer Ausdehnung und nicht sehr dickwandig; an der Volarseite des rechten Handgelenkes Gruppe von vier Bläschen mit klarem Inhalt. Über dem linken Schulterblatt eine kleinhandtellergroße Bläschengruppe, die streifenförmig Ausläufer gegen das Schultergelenk entsendet, in der Regio antibrachii radialis und am Handgelenk dem Daumenballen angehörend, vereinzelte (2—3) Bläschen. Im Bereiche der Lendenwirbelsäule ebenfalls beiderseits, jedoch nicht auf die Bauchseite übergreifend, Gruppen von Bläschen mit teils klarem, teils leicht hämorrhagischem Inhalt. Bemerkenswert war, daß die Form der einzelnen Bläschen vielfach strich- und kommaförmig war. Die axillaren Lymphknoten gering geschwellt und leicht druckempfindlich, längs und neben der Wirbelsäule keinerlei Druckpunkte, keinerlei neuralgische Schmerzen.

Innere Organe o. B., Genitale und untere Extremitäten frei. Harn, Albumen und Saccharum negativ, Temp. 36,6, WR negativ.

Der Verlauf der Erkrankung bot nichts Beachtenswertes, nach einigen Tagen Spitalsaufenthalt und der üblichen Behandlung konnte Patient entlassen werden.

Bemerkenswert wäre noch an dem Falle das Fehlen neuralgischer Erscheinungen, das geringe Ergriffensein der zugehörigen Lymphknoten und das Fehlen jeglicher Prodromalerscheinungen. Auch objektiv war, wie schon erwähnt, kein Anhaltspunkt für eine Erkrankung der Spinalganglien oder peripherer Nerven zu finden.

Literatur.

1. Klausner, Ein Fall von Herpes zoster bilat. der oberen Extremitäten. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 62, H. 2. — 2. Lipschütz. Arch. f. Derm., Bd. 62, H. 6. — 3. Munie-Gand, Société belge de Dermat. et de Syphiligraphie, Jahrg. 9, Nr. 1. — 4. Sidnig, W. kl. W., 1909, Nr. 8. u. 9. — 5. H. Rockwell-Varney u. R. C. Jamielson-Detroit, J. Am. m. Ass., Bd. 55, H. 5.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Juli 1923.

Die endokrine Ursache von diffuser und zirkumskripter Sklerodermie (The Endocrine Causation of Skleroderma, Including Morphoea), von W. F. Castle. Verf. gibt nach genauer Schilderung des Krankheitsbildes eine historische Darstellung der Krankheit und eine monographische Übersicht über die verschiedenen Theorien bezüglich der Ätiologie. So werden die Autoren nebst Belegfällen angeführt, die einen Zusammenhang zwischen Sklerodermie und Schilddrüse für wahrscheinlich halten, weiterhin jene, die ätiologisch die Zirbeldrüse in Anspruch nehmen und schließlich wird auch der Nebennieren in ihrem Einfluß auf diese Hautaffektion mit entsprechenden Belegen gedacht. Dazu kämen noch eine Reihe anderer Ursachen, die gelegentlich eine Rolle bei der Entstehung der Sklerodermie spielen können, wie Trauma, Reizung, Kälte und Frost, Chok, Infektionen (Scharlach, Diphtherie, Erysipel usw.), hereditäre Veranlagung, Syphilis, Vergesellschaftung mit Raynauds Krankheit, nervöse Störungen, Verbrennungen, starke Wärmeeinwirkung u. a. m. (Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Ein ungewöhnlicher ringförmiger syphilitischer Ausschlag bei einem Kinde; mit Photographien (An Unusual Ring-Shaped Syphilitic Eruption in an Infant; With Photographs), von J. E. McWigley. Das 15 Monate alte Kind war zur rechten Zeit völlig gesund zur Welt gekommen und zeigte einen Monat nach der Geburt eine ringförmige Eruption am rechten Gesäß, die seitdem bestehen blieb und von der Mutter als Muttermal angesehen wurde. Die Eruption nahm an Umfang zu und breitete sich allmählich auf beide Hinterbacken und den hinteren Teil der Oberschenkel aus; sie besteht aus einer Reihe konzentrischer Ringe, die einen etwas unregelmäßigen Eindruck machen. Jede Linie ist etwa $^1/_4$ Zoll breit, leicht erhaben über der umgebenden Haut und scharf abgegrenzt von ihr, von der Farbe eines „rohen Schinkens" und bedeckt mit feinen Schuppen. Bei Palpation ist leichte Induration der Ringe zu fühlen. An keiner anderen Körperstelle ist noch irgend eine Eruption vorhanden. Die große Fontanelle von normaler Größe, Leber palpabel, aber nicht vergrößert, Milz nicht palpabel. Die Mutter des Kindes ist anämisch, schlecht entwickelt, weiß nichts von ihrer Krankheit. WR bei Mutter und Kind positiv. M. Stern-München.

Archives of Dermatology and Syphilology.

August 1923, Bd. 8, H. 2.

Die Syphilis der Orbita (Syphilis of the Orbit), von J. E. Kemp-Baltimore. S. 165—174. Bericht über 4 Fälle von Gummen der Orbita und Übersicht über die Literatur. Es wird besonderer Wert gelegt auf die charakteristischen Symptome, wie einseitiger Exophthalmus, Schmerzen bei Druck auf den kranken Bulbus, Lähmung der Augenmuskeln, Sehstörungen und Störungen der Sensibilität im Verlauf des 1. oder 2. Astes des Trigeminus. Erörterung über Differentialdiagnose, Prognose und Ergebnis der Therapie.

Die Bedeutung der Blutchemie in der Dermatologie (The Importance of Blood Chemistry in Dermatology), von E. Pulay-Wien. S. 175—182. Übersetzung der bekannten Pulayschen Arbeit über Pruritus, Ekzem und Urtikaria.

Die Kahnsche Präzipitin-Reaktion bei Lepra (The Kahn Precipitation in Leprosy), von E. M. Yagle und J. A. Kolmer-Philadelphia. S. 183—185. Untersuchung von 28 Sera Lepröser nach Kahn. Bei nichtsyphilitischen Leprakranken fiel die Kahnsche Präzipitin-Reaktion stets negativ aus.

Über gleichzeitiges Vorkommen von Naevus lymphangiomatosus et haemangiomatosus und starker Hypertrophie der Schweißdrüsen mit lokalisierter, auf Erregung hin entstehender Hyperhidrosis (Lymphangiomatous and Hemangiomatous Nevus Associated with Enormous Hypertrophy of the Sweat Glands and Localized Hyperhidrosis on Excitement), von J. H. Stokes-Rochester, Minn. S. 186—192. Es handelte sich um ein 14jähr. Mädchen, dessen linkes Bein von Geburt an gelähmt war und im Kniegelenk gebeugt gehalten wurde. Das linke Bein, das $2^1/_2$ cm länger als das rechte ist, zeigt mehrere Naevi lymphangiomatosi et haemangiomatisi ebenso wie die linke Körperhälfte. An diesen Stellen besteht ausgedehnte Hypertrophie der Schweißdrüsen. Bei längerer Entblößung dieser Stellen erfolgt spontane Schweißsekretion. Radium brachte Rückgang der Veränderungen, jedoch nicht Heilung.

Prurigo nodularis (Prurigo nodularis), von E. W. Netherton-St. Louis. S. 193 bis 203. Bericht über 3 Fälle. Ätiologisch kommt eine Trophoneurose oder ein chemisches Agens in den Schweißdrüsengängen in Frage. Auffallend ist die lineäre Anordnung der Knötchen in 2 Fällen.

Untersuchungen über die Ätiologie des Pemphigus. I. Bakteriologische Befunde in einem Teil der Pemphigusfälle (Studies on the Etiology of Pemphigus. I. Bacteriologic Findings in a Group of Cases of Pemphigus), von F. Eberson-Rochester, Minn. S. 204—232. Aus dem Blut von 7 Fällen von chronischem Pemphigus ließ sich ein Mikroorganismus züchten, der grampositiv, anaerob, unbeweglich, von ovoider bis kokkenförmiger Gestaltung ist, einem Streptobazillus ähnelt und für Meerschweinchen sowie Kaninchen pathogen ist. Kulturen von Pemphigusfällen aus Früh- und Spätstadium zeigten mit dem Serum der Patienten Agglutination. Dieser Mikroorganismus erhielt vorläufig den Namen Bacterium pemphigi. Weitere Untersuchungen sind im Gange, um die mögliche ätiologische Bedeutung dieses Mikroorganismus sicherzustellen.

U. Greif-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Haarausfall, Glatze, Haarergrauen, ihre Behandlung und Heilung, von A. Lorand-Karlsbad. (Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig 1922, 200 S.) Verf., nicht Fachdermatologe sondern Badearzt in Karlsbad, behandelt das Thema dementsprechend weniger vom dermatologischen Standpunkt als vielmehr allgemein physiologisch-pathologisch, wobei er ausführlich auf die konstitutionell wirkenden Faktoren, Störungen in der Sekretion der endokrinen Drüsen, besonders der Thyreoidea und der Geschlechtsdrüsen, Arteriosklerose, Syphilis, akute Infektionskrankheiten, Gicht, Fettsucht u. a. eingeht. Als besonders wichtig hebt er die Rolle des sympathischen Nervensystems, speziell des Splanchnikus, wiederholt hervor. Bei der Therapie ist das Hauptgewicht auf die Wirkung der Quarzlampe gelegt. Von inneren Mitteln lobt er besonders das Zuntzsche Humagsolan und mäßige Dosen von Schilddrüsenextrakt. Neben vielen mehr oder weniger allgemein bekannten Tatsachen bringt das kleine Werk mancherlei beachtenswerte Einzelheiten, zumal interessante Reisebeobachtungen, und bildet in seiner leichtflüssigen Schreibweise eine ansprechende Lektüre. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtsleiden. Bd. 2: Geschlechtsleiden, von S. Jessner. (6. u. 7. Auflage. Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Dem neuerschienenen 1. Teil des Lehrbuches ist nunmehr auch der Band über die Geschlechtsleiden gefolgt. Ein Buch, das in so kurzer Zeit und unter den momentan so schwierigen Verhältnissen bereits wieder eine Neuauflage erlebt, bedarf eigentlich wohl kaum noch der Empfehlung. Dieser Auflage ist hinzugefügt und in ihr ergänzt, was seit der vorigen an neuen Tatsachen bekannt geworden ist, und soweit diese den praktisch tätigen Arzt, für den das Buch bestimmt ist, interessieren. Wünschenswert wäre, wenn auch in diesem Buche endlich einmal der Ausdruck „Lues hereditaria" durch den richtigen „Lues congenita" ersetzt würde. Bei den Leukodermen wäre zu berücksichtigen, daß sie doch nicht allgemein so selten sind, und daß sie in den letzten Jahren doch auch wiederholt bei Männern in größerer Zahl beschrieben sind. Der Verlag hat auch in diesem Bande trotz der hohen Unkosten die ausgezeichneten Bilder, die einen Atlas erübrigen, belassen. Vielleicht könnte man das wenig eindrucksvolle histologische Bild des Primäraffekts in der nächsten Auflage durch ein besseres ersetzen, ebenso das wenig schöne der circumoralen Rhagaden auf S. 108. Sowohl zum Studium wie auch zum Nachschlagen kann das lesenswerte Buch nur aufs wärmste empfohlen werden. Grundzahl: 11.—
E. Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Klinische Kapillarstudien bei Blutkrankheiten und Zirkulationsstörungen, von E. Hisinger-Jägerskiöld-Helsingfors. (Acta med. skand., 1923, S. 231—312.) Kapillaruntersuchungen mittels des Müllerschen Kapillarmikroskops an der Fingerbeere ergaben bei den verschiedenen Blutkrankheiten, wie Blutungsanämie, perniziöse Anämie sowie Leukämie, bei denen die Gesamtblutmenge vermindert ist, leere bzw. feinkalibrige Kapillaren, dagegen kommt bei der Erythrämie eine Vermehrung der Zahl und des Kalibers der Kapillaren vor. Ebenso fanden sich bei Herzkrankheiten mit peripherer Stauung erweiterte Kapillaren, während in Fällen mit überwiegender Stauung in inneren Organen das Kapillarbild ungefähr dasselbe Aussehen annimmt, das bei leichten und mittelschweren Fällen von Anämie vorkommt. Verf. kommt auf Grund dieser Untersuchungen zu dem Schluß, daß für das Verhalten der Kapillaren bei Zirkulationsstörungen der abnormen Blutverteilung die Hauptrolle zuzuschreiben ist, woraus sich auch die Bedeutung der Blutmenge für die Entstehung des Kapillarbildes bei Blutkrankheiten ergibt.
B. Peiser-Berlin.

Die Behandlung der Ulcera cruris und der Varizen (Le traitement des ulcères de jambes et des varices), von F. Blanchod-Bière. (Revue méd. de la Suisse rom. März 1923, S. 155.) Das Mittel der Wahl bei diesen Leiden in allen Formen ist der sogenannte Zédénoverband, eine Glyzerin-Zinkleimbinde. Angeregt durch die guten Resultate des Unnaschen Zinkleimverbandes, benutzt der Zédénoverband dasselbe Prinzip

Digitized by Google

des Kompressionsverbandes, hat aber den Vorteil, sofort gebrauchsfertig zu sein und ist außerdem luftdurchlässiger. Die Behandlung ist dem Unnaschen Verfahren äußerst ähnlich; auch in der Vorbehandlung der schmierigen, nässenden Ulzerationen wird nichts Neues gebracht, ebenso wie bei der Aufzählung der verschiedenen Thrombosierungsverfahren bei Varizen. A. de Lemos-Hamburg.

Varizen, Ulcus cruris und ihre Behandlung, von E. Clasen-Itzehoe. (M. Kl., Nr. 27/29, S. 947/948; Nr. 31, S. 1091/92; Nr. 33/34, S. 1162/64.) Behandlung mit verschiedenen Medikamenten und Verbänden. Besprechung des Zinkleimverbandes und der Herstellung des Zinkleims. E. Levin-Berlin.

Urtikaria und Exantheme.

Urtikaria, durch Lichteinwirkung verursacht, vorläufiger Bericht (Urticaria Caused by Light, Preliminary Report), von W. W. Duke. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 25, S. 1835.) Eine 43jähr. Frau wurde im Laufe mehrerer Jahre so empfindlich gegen Sonnenbestrahlung, daß sie im Sommer kaum eine Minute ohne heftiges Brennen der Sonneneinwirkung sich aussetzen konnte und im Winter bei einer Einwirkung von nur $2^1/_2$ Minuten typische Juckbläschen, verbunden mit Erythem der Haut, über der ganzen exponierten Hautstelle auftraten. Die Reaktion war nur insofern von gewöhnlicher Urtikaria verschieden, als sie keine Tendenz zur Verbreitung über die Reizstelle hinaus zeigte; sie war nur das Produkt der blauvioletten Lichtstrahlen. Allgemeinerscheinungen stellten sich sogar bei 2 Gelegenheiten ein, wenn eine ausgedehnte Hautfläche dem Lichte ausgesetzt wurde. Versuche, durch andere Mittel als direkte Sonnenbestrahlung ähnliche Reaktionen auf der Haut der Patientin hervorzurufen, gelangen nur in 2 Fällen, nämlich durch intrakutane Injektion von Serum, welches mit Hämatoporphyrin behandelt und dem Sonnenlicht ausgesetzt worden ist und durch intrakutane Hämatoporphyrin-Injektion, gefolgt von kurzwährender Sonnenbestrahlung der injizierten Stelle. Der vorliegende Fall kann ein Beispiel von Allergie sein, die durch spezifische Überempfindlichkeit gegen eine in den Geweben unter Lichteinfluß erzeugte Substanz verursacht ist. M. Stern-München.

Herpes.

Herpes zoster mit lokaler Muskellähmung (Herpes Zoster with Localized Muscular Paralysis), von C. Worster-Drought-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3258, S. 970.) Ein 61jähr. Mann, der 8 Monate vor der Aufnahme eine vorübergehende Hemiplegie rechterseits akquiriert hatte, bot im Verlauf eines typischen Zosterausschlags im Gebiet des 12. linken Brustnerven eine auffallende Vorwölbung der Bauchwand dieser Seite dar. Neben ausgesprochener Lähmung der Abdominalmuskeln und Aufhebung der faradischen Reaktion fanden sich Gebiete teils von Anästhesie, teils von Hyperästhesie an der Haut vor. In der Literatur sind nur wenige solche Fälle verzeichnet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes zoster ophthalmicus (Herpes Zoster Ophthalmicus), von S. Lodge-Halifax und W. O. Lodge-Bradford. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3261, S. 1084.) Bericht über 4 Fälle. Verff. bestätigen, daß bei Beteiligung des nasalen Astes des Trigeminus Gefährdung der Kornea und Erblindung besonders zu befürchten sind. Therapeutisch haben sie mit Vernähung der zentralen Partie der Lider gute Resultate erzielt. Gegen die Schmerzen ist zu empfehlen: R. Coffein. citric., Natr. jodat., Natr. salicylic., Acid. salicylic. āā 0,3. Phenazon. 0,6. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Hautveränderungen durch Einwirkung des elektrischen Stromes, ihre differentialdiagnostische Bedeutung und ihr histologisches Bild, von C. W. G. Mierenet-Groningen. (Klin. Wschr., 1923, Nr, 29, S. 1362.) Die Hautveränderungen durch den elektrischen Strom sind nicht als gewöhnliche Verbrennungen aufzufassen, da ihnen die Kriterien der Verbrennung wie Verkohlung, eigentliche Brandwundenbildung, Verbrennung der bedeckenden Sachen fehlen. Durch erneute experimentelle Studien an der Leiche und im Tierversuch konnte Verf. seine früher schon dargelegte Ansicht bestätigen. An der Stromdurchtrittsstelle findet man „Verbreiterung und Zusammenklebung der sich dunkler färbenden kollagenen Fasern und Bündel des Hautbindegewebes, das infolge des dichter Zusammenliegens der kollagenen Fasern ein weniger weitmaschiges Vor-

Digitized by Google

kommen bekommen hat." Ferner konnte er wie auch andere Autoren die Homogenisierung und Höhlenbildung in der Epidermis beschreiben, desgleichen die Abhebung der Epidermis von der Bindegewebsunterlage. Verf. konnte nicht die Annahme bestätigen, daß die haarbüschelartige Anordnung der Epithelzellen an der Stromdurchtrittsstelle den Weg des elektrischen Stromes anzeige, da ebenso aussehende Veränderungen auch bei der gewöhnlichen Verbrennung vorkommen. In seinen Versuchsanordnungen gelang es ihm stets, im Gegensatz zu SCHRIDDE, sowohl Stromeintritts- wie auch Stromaustrittsmarken zu erhalten. Makroskopisch stellen sich diese als harte, erhabene, glänzende Stellen dar, von denen die Austrittsstelle im allgemeinen weniger Verdickung aufwies als die Eintrittsstelle. Die Art der Verbrennung scheint nicht allein vom Wärmegrad abhängig zu sein, sondern auch von der Entstehungsweise der Wärme. Bei der gewöhnlichen Verbrennung wird die Hitze von außen appliziert, dagegen bei der elektrischen Verbrennung wird die Wärme in der Haut selbst gebildet (JOULESche Wärme).
E. Langer-Berlin.

Zur Bekämpfung der Pyozyaneusinfektion in eiternden Wunden, von W. PAETZEL-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 25, S. 821—822.) Es ist bereits bekannt, daß Borsäure in geringer Konzentration die Farbstoffbildung des Bacillus pyocyaneus steigert, während sie in höherer Konzentration sie aufhebt und in starken Konzentrationen die Entwicklung dieses Bazillus verhindert. Da sich Borsäure in Wasser nur etwa 4%ig löst, schlägt Verf. vor, gepulverte oder kristallisierte Borsäure auf die Wunden zu streuen. Die grüne Eiterung ist stets beim nächsten Verbandwechsel gänzlich verschwunden.
F. Harry-Wiesbaden.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Der Befund von Diphtheriebazillen in Wunden, Bemerkungen zu der Arbeit von LANDAU, von KARL KISSKALT und W. ANSCHÜTZ-Kiel. (Klin. Wschr., 1923, Nr. 27, S. 1267.) LANDAU hatte in einer früheren Arbeit die Befunde der Verff. bezweifelt, die in Wunden virulente Diphtheriebazillen gefunden hatten. Nachträglich berichtigen Verff. ihre damalige Arbeit, indem sie mitteilen können, daß von 28 mikroskopischen Diphtheriediagnosen 24 durch den Tierversuch bestätigt werden konnten, daß ferner 1 Kultur virulente Diphtherie und 3 Pseudodiphtherie waren. Diese Beobachtungen können nur bei dem gleichzeitigen Vorkommen einer Diphtherieepidemie gemacht werden.
E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von HANS LANDAU. (Klin. Wschr., 1923, Nr. 27, S. 1267.) Für die Diagnose Wunddiphtherie genügt keineswegs die Kultur oder nur der mikroskopische Befund, sondern nur, wo der Befund durch den Tierversuch bestätigt wird, kann man von Wunddiphtherie sprechen.
E. Langer-Berlin.

Ekzem, Rosazea.

Diätetische Erwägungen bei Kinderekzem (Dietary Considerations in Infantile Eczema, von J. R. GERSTLEY-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 16, S. 1141 bis 1142.) Nach 8jähr. Studium des Typus von Kinderekzemen, die ihren Sitz auf den Wangen haben, kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Diät nur eine sekundäre Rolle für die Entstehung des Ekzems spielt. Sekundär wirkt die Diät in zweierlei Weise, indem sie einmal die gesamte Ernährung und zweitens den Flüssigkeitsbetrag in den Geweben beeinflußt. Verf. hat gefunden, daß im Gegensatz zu der gewöhnlichen Anschauung eine große Anzahl von Kindern mit Ekzem gerade unterernährt ist. Der Entziehung einzelner Nahrungsbestandteile wie Fett u. dgl. legt Verf. keinen Wert bei. Für die Therapie der Ekzeme empfiehlt Verf. außer Bedeckung der Ekzemstelle mit Coldcream in diätetischer Hinsicht Reduzierung der Nahrung beim überernährten Kinde mit nässendem Ekzem sowie beim sekundär infizierten Ekzem, um dadurch den Boden, auf dem die Bakterien gedeihen, trocken zu legen.
F. Quasig-Hamburg.

Psoriasis.

Kurze Bemerkungen zur Behandlung der Psoriasis (Brèves remarques sur le traitement du psoriasis), von RENÉ GONIN, Derm. Klin. Lausanne. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 24, S. 569—576.) Aus der großen Fülle aller möglichen Behandlungsarten werden einige besonders hervorgehoben. Intravenöse Einspritzungen arseniger Säure bewirkten Besserungen oder völliges Schwinden der Erscheinungen, bei Wiederholungen

Digitized by Google

scheint die Wirkung sich abzuschwächen. Ebenso verhält es sich mit intravenösen Einspritzungen von Quecksilberzyanür. Die kombinierte Anwendung von Quecksilber und Arsen (Hydrarg. cyanat. 0,015, Acid. carbol. 0,005, Acid. arsenicos. 0,002, Aqu. dest. 2,0) auch in Form von Enesol war nicht immer befriedigend. Auch die Behandlung mit intramuskulären Einspritzungen von Schwefelöl (wofür verschiedene Formeln angeführt werden: Formel von Bory, von Gougerot-Duret, von Pautrier [unter dem Namen Schwefelöl von Brisson im Handel]) ist in ihren Erfolgen so schwankend, daß sie nicht als spezifische Behandlung der Psoriasis bezeichnet werden kann. Einigermaßen gute Erfolge sind nur durch Kombination mit äußerer Behandlung zu erzielen, der durch die gewöhnlich gerade durch die ersten Einspritzungen erzielten Besserungen der Weg geebnet wird. Für die äußere Behandlung werden empfohlen: 2%ige Salizylsalbe, weiße Präzipitatsalbe, Salbe nach Jeanselme (Resorzin 0,8, Acid. salicyl. 1,2, Menthol 2,0, Sulf. sublimat. 6,0, Zinc. oxyd. 6,0, Axung. benzoinat. 60,0). E. Levin-Berlin.

Bullöse Dermatosen.

Über blasenartige Hauterkrankungen, Beiträge zu deren Ätiologie, Pathogenese und Therapie, von G. Stümpke-Hannover. (M. Kl., 1923, Nr. 30, S. 1044—1047.) Auch nach Abtrennung der als besondere Typen aufgefaßten Krankheitsbilder (P. syphiliticus, P. neonatorum contagiosus, P. neuroticus, P. hystericus, Herpes gestationis bzw. Impetigo herpetiformis) von dem P. vulgaris bleibt die Ätiologie des P. v. noch ganz unklar. Bei eigenen Untersuchungen zeigte sich der Phosphorgehalt des Blutes und wohl auch der Kalkgehalt wesentlich vermehrt. Verf. rühmt intravenöse Kollargoleinspritzungen (besonders im subakuten Stadium) und Kochsalzinfusionen (besonders Normosal). Die Dermatitis herpetiformis steht dem P. vulgaris näher, als die eingangs erwähnten Sondertypen. Außer den für den P. vulgaris empfohlenen Maßnahmen scheint hier die Licht- und Röntgenbehandlung in Frage zu kommen. E. Levin-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Zur Frage der Behandlung progredienter Gesichtsfurunkel, von Wilhelm Rieder-Eppendorf. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 26, S. 1024.) Ähnlich wie in neuerer Zeit Läwen-Marburg die Kombination von operativer und konservativer Behandlung beim progredienten Gesichtsfurunkel empfiehlt, so schlägt Verf. auf Grund seiner am Eppendorfer Material gemachten Beobachtungen vor, einen solchen Furunkel mittels Kreuzschnittes breit zu spalten und die Wunde dann mit einem in Pferdeserum getauchten Gazestreifen auszutamponieren. Die Abstoßung der nektrotischen Massen wird dadurch beschleunigt. F. Landauer-Berlin.

Über die Behandlung fortschreitender pyogener Prozesse im Gesicht mit Inzision und Umspritzung mit Eigenblut, von A. Läwen-Marburg. (Zbl. f. Chir 1923, Nr. 26, S. 1018.) Bei einer Reihe von Oberlippenfurunkeln wurde versucht, den Krankheitsherd nach erfolgter Inzision durch 40 ccm in die Umgebung injiziertes Eigenblut abzuriegeln. Die bisher gemachten Beobachtungen sind erfolgversprechend; allerdings sagt Verf. selbst, daß all diese Furunkel sich auch durch die operative Behandlung allein hätten beherrschen lassen und daß kein sogenannter maligner Furunkel sich darunter befindet. Käme ein solcher Fall in Behandlung, so müßte die Umgebung in breitester Zone mit einer größeren Blutmenge infiltriert werden.

F Landauer-Berlin.

Die Behandlung der Furunkulose mit Tebelon, von Shdanow und Romeikowa. (Klinitscheskaja Medicina, 1923, Nr. 5—6, S. 41.) Mit günstigem Erfolge spritzten die Verff. alle 2—3 Tage, je 1 ccm, das Präparat Tebelon, subkutan, bei schwerer Furunkulose, ein. Die Einspritzungen sind schmerzlos und rufen weder eine Röte der Haut, noch Infiltrate hervor. Nach den ersten 2—3, zuweilen nach der 4. Injektion, tritt eine starke Vereiterung der alten Furunkel ein und es bilden sich neue, gleichsam als Ausdruck einer stärkeren Abwehr des Organismus, welche dann verheilen, und neue Rezidive bleiben aus. Mehr als 7 Injektionen erwiesen sich als unnötig.

A. Jordan-Moskau.

Erysipel, Phlegmone usw.

Zur Frage des Erysipeloids, von Theo Diemer-Freiburg i. Br. (Klin. W., 1923, Nr. 22, S. 1022.) Erysipeloid und Schweinerotlauf stellen ein einheitliches Krankheitsbild dar. Die Infektion kommt durch Eindringen der Schweinerotlaufbazillen in eine

Digitized by Google

Wunde zustande. Inkubationszeit ist etwa 1 Tag. Der typische Sitz findet sich an den Fingern und den Handrücken. Von den vorkommenden 2 Formen, der chronischen und der Rotlaufbakteriämie, findet sich beim Menschen meistens die erstere. Die Erkrankung beginnt mit blaurötlicher Verfärbung und einer Lymphangitis, zu denen bald allgemeine Erscheinungen hinzutreten. Fieber ist selten, doch kommen auch Fälle mit sehr schwerem Verlauf vor; es kann unter Umständen die Erkrankung zum Exitus führen. An der Hand von mehreren Krankengeschichten erläutert Verf. das klinische Bild. In allen verdächtigen Fällen ist auch eine kulturelle Untersuchung vorzunehmen. Verf. hat stets in der Kultur die Rotlaufbazillen nachweisen können. Therapeutisch kommt vor allem spezifische Vakzineimpfung in Frage; daneben Jodtinktur und Salbenverbände. E. Langer-Berlin.

Ischiorektalabszeß mit Gasgangrän nach Trauma, Bericht über 2 Fälle (Ischiorectal Abscess Followed by Gas Gangrene; Gas Gangrene Following Trauma, Report of two Cases), von S. G. Berkow und N. R. Tolk. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 23, S. 1689.) Der erste Patient, 54 Jahr alt, war mit multiplen, ergiebigen Inzisionen und Drainage und darauffolgenden kontinuierlichen Wasserstoffsuperoxyd-Spülungen, der zweite, ebenso alt, mit Amputation des verletzten Beines und den üblichen Maßnahmen gegen Chok behandelt worden. Beide Fälle endeten tödlich. Veränderungen des Magendarms oder der anliegenden Gewebe können Sitz der Gasbazillus-Infektion sein und ausgedehnte akute Erkrankungsherde in Milz, Nieren, Leber und Gehirn hervorrufen, ohne daß aber die Mikroorganismen — deren es bekanntlich 4 gaserzeugende Arten gibt — in diesen Organen nachgewiesen werden konnten. Der zweite Fall ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil er 3 Tage, nachdem der erste Patient mit Gasbazillus-Infektion gestorben war, in dem Nachbarbett lag, also eine direkte Übertragung vorlag; die verantwortlichen Mikroorganismen sind sporentragend und gegen die gewöhnliche Krankenhaus-Desinfektion außerordentlich resistent. M. Stern-München.

Über einen Fall von nomaähnlicher Erkrankung mit Beteiligung der Haut, von R. Möller-Hamburg. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 913—914.) Die 15jähr. Patientin wies zahlreiche pfennigstück- bis bohnengroße Geschwüre an beiden Oberarmen, auf der rechten Schulter und am Rücken sowie an beiden Oberschenkeln auf. Die rechte Tonsille war im zentralen Teil nekrotisch und gangränös. Es bestand außerdem hohes Fieber, starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, Leukopenie, Lymphozytose. Im Blute wurden hämolytische Streptokokken, in den Geschwüren Streptokokken, fusiforme Bazillen und Spirochäten vom Refringens- und Dentiumtyp, daneben auch pallidaähnliche nachgewiesen. Exitus nach Anfall von Dyspnoe. Pat. hat Anfang 1920 fast dieselbe Erkrankung durchgemacht. Das Besondere dieses Falles besteht in dem Auftreten von Hautgeschwüren als Vorläufer einer fusospirillären Erkrankung der Rachenorgane. F. Harry-Wiesbaden.

Sklerom, Orientbeule usw.

Fall von Rhinosklerom bei einer Malayin auf Sumatra (A Case of Rhinoscleroma in a Malay Woman in Sumatra), von E. P. Snijders-Medan und A. Stoll-Deli. (4. Kongr. d. Ver. d. fernen Ostens für Tropenmedizin.) Die durch Operation entfernte, die Oberlippe, einen Teil des Gaumens und den unteren Abschnitt der Nase umfassende Geschwulst stellte sich makroskopisch als homogene, ziemlich harte Infiltration ohne Zeichen von Degeneration oder Nekrose dar. Mikroskopisch zeigte sich eine ziemlich homogene Rundzelleninfiltration, durchzogen von dicken Balken fibrösen Gewebes und zahlreichen Lücken. Bei stärkerer Vergrößerung erkannte man die Zellen als Plasmazellen und die Lücken als stark degenerierte Mikuliczsche Zellen. In vielen Zellen und dem Zwischengewebe sah man hyaline Degeneration, schleimige und hydropische, besonders in den Mikuliczschen Zellen. Stellenweise konnte man typische Frischsche Bazillen mit sehr deutlichen Kapseln entdecken. Die Erkrankung scheint in Holländisch-Indien sehr selten zu sein, für die Übertragung kommen vielleicht andere als menschliche Quellen in Betracht. E. Levin-Berlin.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Skorbut als infektiöse Krankheit (Die große Skorbutepidemie im Jahre 1917), von S. Peschić-Belgrad. (Zschr. f. kl. M., 1923, Bd. 97, S. 169—181.) Anläßlich ausgebreiteter Skorbuterkrankungen in der serbischen Armee hatte Verf. Gelegenheit, die Ätiologie des Skorbuts genauer zu studieren. Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt

Digitized by Google

er, daß es sich nicht — wie man bisher fast allgemein annahm — um eine Folge einseitiger Ernährung handelt, sondern daß der Skorbut hervorgerufen und übertragen wird durch einen im Stuhlgang vorkommenden, stäbchenförmigen, der Koligruppe angehörenden Bazillus. F. Landauer-Berlin.

Unterernährungspsychosen von Pellagratypus, von K. Bonhoeffer-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 23, S. 741—745.) Die Erkrankung, die meist bei Frauen infolge quantitativ und qualitativ unzulänglicher Nahrung im Laufe der letzten Jahre beobachtet wird, beginnt mit Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Magen-Darmstörungen, Menorrhagie, Metrorrhagie. Es entwickeln sich dann ganz akut, besonders an den Handgelenken, Fingern und Gesicht, die für Pellagra typischen Hauterscheinungen und bald darauf Psychosen. F. Harry-Wiesbaden.

Endokrine Störungen.

Zur Klinik der Dysthyreosis cutis, von Bogrow und Krupnikow. (Klinikscheskaja Medicina, 1923, Nr. 5—6, S. 31.) Ausführliche Beschreibung des von Bogrow, 1921 (cf. Referat in dieser Wochenschrift, 1921, Bd. 73, S. 883), und von Krupnikow, 1922 (cf. Referat in dieser Wochenschrift, 1922, Bd. 75, S. 712), in der Moskauer Venerologisch-Dermatologischen Gesellschaft, unter der Diagnose Myxödem vorgestellten, jetzt 61 Jahre alten Mannes. Die beiden Verff. vergleichen ihren Fall mit demjenigen von Lewtschenko unter dem Namen Myxoma cutis, von Dubreuilh unter denjenigen von miliaren follikulären Fibromen mit Ausgang in Sklerodermie, von Reitmann unter demjenigen von einer eigentümlichen der Sklerodermie nahestehenden Erkrankung und von Dösseker als atypische Form von Myxödem, wahrscheinlich infektiösen Ursprungs veröffentlichten Fällen. Sie finden Anklänge zu ihrem Fall in dem von Goldenberg in der Amerikanischen dermatolog. Association als Akromegalie und polyglanduläres Syndrom demonstrierten und in dem von Pawlow auf der Sitzung der Moskauer Venerolog. Ges. im photographischen Bilde gezeigten Fall. Alle die vorgeschlagenen Bezeichnungen, wie auch der von dem Verfasser anfangs gewählte Name Myxödem erscheinen ihnen nicht passend in ihrem Fall, da psychische Defekte fehlten, der höckerige Charakter der Hautveränderungen nicht zum Myxödembild paßt und nur das Thyreoidin eine Besserung hervorrief. Sie wählen die Bezeichnung Dysthyreosis der Haut, worunter sie eine solche Funktionsstörung der Schilddrüse verstehen, welche die Art der mangelnden Tätigkeit der Gl. thyreoidea nicht genauer vorausbestimmt. A. Jordan-Moskau.

Über Adipositas dolorosa, von Hans Curschmann, Med. Universitätsklinik Rostock. (M. Kl., 1923, Nr. 27. S. 929—931.) Drei Fälle, in denen die Diagnose auf Grund der Dercumschen Kardinalsymptome: Fettablagerung, Schmerzhaftigkeit des Fettes und psychisch-nervöse Störungen gestellt werden konnte. Letzteres Symptom — überwiegend depressive Übererregbarkeit — ist für die Diagnose unbedingt erforderlich. Prompter Erfolg auf Thyreoidinbehandlung. Die Grundlage der Erkrankung bilden polyglanduläre Störungen mit Überwiegen eines Dysthyreoidismus, bei dem es sich wahrscheinlich um eine dissoziierte Funktionsstörung handelt. E. Levin-Berlin.

Zwei bemerkenswerte Fälle von Zwergwuchs (Lues congenita der Hypophyse, erworbene Athyreose), von E. Mau, Chir. Univ.-Kl. Kiel. (D. m. W., 1923, Nr. 23, S. 751 bis 753.) Mitteilung eines Falles von infantilem, proportioniertem Zwergwuchs mit schlanken Gliedern, normaler Nasenwurzel, guter Intelligenz und vorhandenen Knochenkernen. Als Ätiologie kommt nur eine Lues congenita der Hypophyse (Vorderlappen) in Frage. Der für Lues congenita charakteristische Augenbefund spricht auch dafür. Anamnese negativ. Therapie: Hypophysenpräparate. Der zweite Fall betrifft einen $8^1/_2$ jähr. Knaben, dem 3 Wochen nach der Geburt wegen Kompressionsaphyxie die Struma, in der Annahme, es handle sich um einen zystischen Knoten der linken Strumahälfte, total entfernt wurde und nun die typischen Zeichen einer Athyreose aufweist. Nach Strumatransplantation und Darreichung von Schilddrüsentabletten vorübergehende Besserung. F. Harry-Wiesbaden.

Über Impetigo herpetiformis und Schwangerschaft, von Kapferer-Heidelberg. 18. Tagung d. D. Ges. f. Gyn., 1923. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 25, S. 998.) Fall von Impetigo herpetiformis, der mit schwerer Tetanie kombiniert war. Angesichts der Tatsache, daß Impetigo herpetiformis auch bei Männern und nichtgraviden Frauen vorkommt, wird der Schwangerschaft nur eine indirekte ätiologische Bedeutung zugesprochen und als direkte Ursache eine Dysfunktion der Parathyreoidea angenommen. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Die Rolle des Endokrino-Sympathikus-Systems in der Pathogenese gewisser trophischer Hautleiden (Le rôle du système endocrino-sympathique dans la pathogénie de certains troubles trophiques cutanés), von Lévy-Franckel und Juster. (Presse méd., 1923, Nr. 60, S. 660.) Die Bedeutung des sympathischen Nervensystems in Verbindung mit der Sekretion der endokrinen Drüsen äußert sich namentlich am Wachstum der Haare, an der Pigmentbildung der Haut, den Nägeln und den Verhornungsprozessen an der Haut. Verff. weisen auf die relativ häufigen Beobachtungen aus der Kriegszeit betreffs reflektorisch entstandener Haardefekte nach Nervenverletzungen hin und betonen die Bedeutung der Geschlechtsdrüsen sowie der Schilddrüse für das Wachstum der Haare. Im wesentlichen bringt die Arbeit einen kleinen Auszug aus den bisher auf diesem Gebiet getätigten Beobachtungen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Wert der Bestimmung des Energiestoffwechsels in der Dermatologie, von E. Pulay-Wien. (D. m. W., 1923, Nr. 30, S. 975—976.) Verf. hat bei einer Anzahl von Hautkrankheiten Verminderung des Energiestoffwechsels beobachtet. Er empfiehlt in allen inkretorisch verdächtigen Fällen den Grundumsatz zu bestimmen. Damit hätten wir eine einfache Methode festzustellen, ob ein pathogenetischer Zusammenhang mit innersekretorischen Drüsen besteht oder nicht und könnten unser therapeutisches Handeln dementsprechend einrichten. E. Harry-Wiesbaden.

Kritische Bemerkungen zu den blutchemischen Arbeiten Dr. E. Pulays, eine Erwiderung auf die Arbeit von Urbach, von Erwin Pulay-Wien. (Klin. W., 1923, Nr. 27, S. 1265.)

Schlußbemerkungen, von E. Urbach-Wien. (Klin. W., 1923, Nr. 27, S. 1266.)

E. Langer-Berlin.

Schleimhautveränderungen bei Ratten infolge von Teereinwirkung, von A. Buschke und Erich Langer-Berlin. (Klin. W., 1923, Nr. 29, S. 1367.) Ausführliches Referat hierüber siehe diese Zeitschrift, 1923, Nr. 30, S. 929 (Bericht über den Münchner Dermatologenkongreß). E. Langer-Berlin.

Über schwere Schleimhaut- und Knochenveränderungen bei Ratten durch experimentelle Thalliumwirkung, von A. Buschke und Bruno Peiser-Berlin. (Klin. W., 1923, Nr. 31, S. 1458.) Ausführliches Referat siehe in dem Bericht über den Münchner Dermatologenkongreß in dieser Wochenschrift, Nr. 30, S. 929.

E. Langer-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Eine einfache Methode, Warzen schmerzlos und ohne erhebliche Narbenbildung zu entfernen, von Blanck-Potsdam. (D. m. W., 1923, Nr. 26, S. 855.) Die Warzen werden mehrere Tage lang mit 10%igem Salizylsäure-Guttaplast behandelt, dann vereist und mit dem scharfen Löffel entfernt. F. Harry-Wiesbaden.

Eine einfache Methode, Warzen schmerzlos und ohne erhebliche Narbenbildung zu entfernen, von K. Laemmle-Neustrelitz. (D. m. W., 1923, Nr. 27, S. 885.) Nach Entfernung der Warzen mittels scharfen Löffels wird das Wundbett mit Liq. ferr. sesquichlorat. betupft. F. Harry-Wiesbaden.

Über traumatische Epithelzysten, von A. v. Beust-Zürich. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 22, S. 536—638.) Durch Operation entfernter kirschkerngroßer Tumor an der Volarseite eines Mittelfingers. Histologisch zeigt sich mehrschichtiges plattes Epithel ohne kubische Zellschicht oder bindegewebigen Balg direkt im subkutanen Fett eingelagert. Epithelzysten sind stets als traumatisch entstanden aufzufassen, doch kann das Trauma oft weit zurückliegen und nicht mehr feststellbar sein. Die Erkrankung mit ihren Folgen sollte daher als Unfall betrachtet werden. E. Levin-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien.

Lupus erythematosus, von F. Gardiner-Edinburg. (Edinburgh J., 1923, Bd. 30, Nr. 6, S. 233—236.) Seit zwei Jahren an Lupus erythematosus erkranktes 18jähriges Mädchen ging an einer fieberhaften Lungenerkrankung zugrunde. An den Lungen fand sich eine akute Pneumonie und Tuberkulose, außerdem waren Anzeichen einer akuten Streptokokkeninfektion vorhanden. Obwohl die verschiedenartigen Effloreszenzen des Lupus erythematosus ein sehr ähnliches mikroskopisches Bild darbieten, dürfte die Krankheit doch keine Einheit darstellen; deshalb können auch sehr verschiedenartige Behandlungsmethoden zum Ziel führen (Salizyl, Streptokokkenvakzine, Tuberkulin). Sep-

Digitized by Google

tische Herde (kariöse Zähne, Tonsillen) können eine Rolle spielen, doch findet sich in anderen Fällen keine Spur davon und wird die Krankheit durch Entfernung von Zähnen und Tonsillen nicht beeinflußt. Die Verteilung der Effloreszenzen läßt auch an lokale (vasomotorische) Ursachen denken, ebenso sind äußere Reizungen nicht auszuschließen. Es ist stets der Gesamtzustand des Kranken zu berücksichtigen, auch ältere Methoden sollen nicht vernachlässigt werden. E. Levin-Berlin.

Acrodermatitis chronica atrophicans und ihre Beziehungen zur Sklerodermie (Acrodermatitis Chronica Atrophicans and Its Relation to Scleroderma), von Fred Wise-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 2, S. 73—80.) Acrodermatitis chronica atrophicans, eine Abart der Dermatitis chronica atrophicans diffusa progressiva ist eine besondere klinische Einheit. Das in einem Teil der Fälle um die Knöchel, Unterschenkel, Knie, Unterarme erscheinende sklerotische Gewebe ähnelt zeitweise der echten Sklerodermie, hat aber in Wahrheit nicht deren Charakter. Bei einer kleinen Zahl von Patienten treten sklerotische Flecke außerdem auch am Rumpf auf, und zwar an einer Haut, die schon verschiedene Grade von Atrophie durchgemacht hat. Das histopathologische Bild der sklerotischen Haut an Rumpf und Extremitäten bei Patienten mit Acrodermatitis chronica atrophicans entspricht nicht dem der Sklerodermie, mit alleiniger Ausnahme des Endstadiums der völligen Atrophie. Die Sklerose ist immer eine sekundäre Erscheinung. Ein Kranker mit Acrodermatitis atrophicans kann auch Sklerodermie haben, doch dürfen dann die klinisch als Sklerodermie imponierenden Stellen nicht in atrophische Haut eingebettet und von ihr umgeben sein. Die teigigen Schwellungen und Infiltrationen, die bisweilen den atrophischen Veränderungen bei der Dermatitis atrophicans vorausgehen, ähneln dem ödematösen Stadium der Sklerodermie nicht genügend, um zu Verwechslungen zu führen. Die Sklerodermie wird nur in einer geringen Zahl von Fällen atrophisch; in jedem Falle ist sie ein sklerosierender Prozeß im Gegensatz zu der atrophisierenden Dermatitis. E. Levin-Berlin.

Über Narbenverknöcherung, von Joh. Volkmann, Chir. Univ.-Kl. Halle a. S. (M. Kl., 1923, Nr. 29, S. 1019—1020.) Verknöcherungen in operativen Narben stehen der Myositis ossificans, dem ossifizierenden Hämatom, der parostalen Kallusbildung gleich. Für die Behandlung können Einspritzungen von Pregl-Pepsinlösung, subkutane Einspritzungen von Natr. cacodyl. versucht werden. Im wesentlichen wird die Behandlung eine operative sein, die jedoch erst vorgenommen werden darf, wenn der Prozeß sicher abgelaufen ist. E. Levin-Berlin.

Weitere Erfahrungen mit der Sympathektomie (bei verzögerter Konsolidation, Beingeschwüren u. a. m.), von Max Kappis-Hannover. (Kl. W., 1923, Nr. 31, S. 1441.) Verf. konnte zuweilen bei trophischen Erkrankungen, den Beingeschwüren und Narbenulzera mit der Operation eine bessere arterielle Durchblutung erreichen und damit eine Heilung. In geeigneten Fällen ist der Versuch einer Sympathektomie schon deshalb erlaubt, weil sie eine verhältnismäßig harmlose Operation darstellt und Schädigungen so gut wie ausgeschlossen sind. Die Art der Wirkungsweise der Operation ist vorläufig noch ungeklärt; Verf. versuchte durch Prüfung mit den verschiedensten Methoden die Hautreaktion vor und nach der Operation vergleichsweise festzustellen, so mit der Senfölprobe, der Moskowiczschen Probe, durch starkes Schwitzen und Blutdruckmessungen, ohne daß es ihm gelungen wäre, zu einwandfreien Resultaten zu gelangen.
E. Langer-Berlin.

Maligne Neubildungen.

Kritische Bemerkungen zur experimentellen Krebserzeugung, von A. Philippson-Hamburg. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 911.) Verf. schlägt vor, zur experimentellen Krebserzeugung statt Teer nur reine chemische Stoffe, und zwar organische, stickstoffhaltige Basen (Anilin, Benzidin, Nikotin, Scharlachrot, Kongorot, Akridin, Cholin) zu verwenden, denn selbst Teerfraktionen stellen immer wieder Gemische dar und machen es unmöglich, den eigentlichen krebserzeugenden Körper kennen zu lernen. Die bisherigen klinischen Erfahrungen lassen vermuten, daß N-haltige, organische Basen krebserzeugend wirken. Zur Entscheidung muß das Experiment herangezogen werden.
F. Harry-Wiesbaden.

Die Experimentalerforschung der Ursachen der Karzinosis (The Experimental Inquiry into the Causes of Cancer, von A. Leitch-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3262, S. 1.) Die bedeutsamste Errungenschaft der Krebsforschung der letzten Jahre bedeutet, wie L. ausführlich darlegt, der von Johannes Fibiger in Kopenhagen getätigte Nachweis von dem Zusammenhang zwischen den an Küchenschwaben (Periplaneta americana

Digitized by Google

anzutreffenden Nematoden Spiroptera neoplastica und der Entstehung von karzinomatösen Geschwülsten am Magen bei Ratten. Durch Verfütterung von Küchenschwaben, die mit den Nematoden infiziert waren, an Ratten, gelang bei wenigsten der Hälfte der Versuchstiere die Erzeugung eines Magenkarzinoms. Ein Gegenstück hierzu bilden die bei Ratten beobachteten Sarkome der Leber, bei denen ein Zusammenhang mit Cysticercus crassicollis nachgewiesen ist und durch Bullock und Rohdenburg (1920) experimentell erhärtet wurde. An den ätiologischen Faktoren sind nachweislich die Teerprodukte, ferner Ruß (Schornsteinfegerkrebs), Paraffin, Anilinpräparate, Arsenik, Tabak und die Röntgenstrahlen. Verf. hat mit allen diesen Faktoren teils klinisch, teils experimentell eingehende Studien angestellt und vielfach positive Resultate erhalten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Chemie und Biologie des experimentellen Teerkrebses, von Br. Bloch. (Int. Krebskonferenz in Amsterdam, Okt. 1922.) Verf. hat mit den verschiedensten Teerdestillaten die Erzeugung experimenteller Karzinome vorgenommen und hat dabei feststellen können, daß Teer verschiedener Herkunft auch eine ganz verschiedene Wirkung hat. Von den bekannten und aus dem Teer rein dargestellten Substanzen besitzt bezüglich karzinogener Wirkung keine eine dem Rohteer gleiche. Unter den vom Verf. hergestellten Destillaten ist der benzollösliche Anteil des Peches ebenso, vielleicht sogar noch stärker wirksam wie der Rohteer. Die karzinogenen Substanzen lassen sich destillieren und sind in ihrer chemischen Reaktion indifferent. Nicht eine einzelne Substanz im Teer übt die karzinogene Wirkung aus, sondern diese kommt mehreren Körpern zu, aber es sind dies wohl nicht in allen Teeren dieselben Körper. Die Methodik der Destillation ist folgende: Abdestillation auf 250° und Weiteraufteilung des Rückstandes durch fraktionierte Destillation von 10 zu 10° bis zu 450°. Teils bei gewöhnlichem Druck, teils im Vakuum wird die Destillation ausgeführt. Befreiung der Destillate von basischen und sauren Bestandteilen und Einteilung in 1. eine petrolätherunlösliche Fraktion, 2. eine Fraktion, die mit Pikrinsäure schwer lösliche Verbindungen eingeht, 3. eine, die mit Pikrinsäure leicht lösliche Verbindungen gibt und 4. eine Fraktion ohne Bildung von Pikrinsäureverbindungen. E. Langer-Berlin.

Einige Gedanken über Zellwucherungen im weitesten Sinne nach experimentellen Erfahrungen der in vitro-Kultur, von Rhoda Erdmann, Abt. f. exp. Zellf. d. Univ.-Inst. für Krebsforschung, Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 30, S. 1052—1054.) Es ist leicht, eine Tumorzelle in vitro in eine normale Zelle, d. h. in eine Zelle, die Nahrung aufnehmen und sich teilen kann, zu verwandeln, aber die nicht mehr fähig ist, ein Karzinom oder Sarkom zu bilden. Aber bis jetzt ist es noch nicht möglich, eine normale Zelle in eine Tumorzelle zu verwandeln. E. Levin-Berlin.

Mund und Nase.

Diathermie bei malignen Neubildungen am Munde, Pharynx und der Nase (Diathermy for Malignant Disease of the Mouth, Pharynx and Nose), von N. Patterson-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3263, S. 56.) Bericht über 17 erfolgreich behandelte Fälle, bei denen die Behandlung im jüngsten Falle 1 Jahr und 4 Monate, im ältesten 6 Jahre zurückdatiert. Mittels Diathermie können auch manche Fälle, welche für die übliche chirurgische Behandlung ungeeignet sind, öfters erfolgreich behandelt werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mundinfektion durch die Vincentschen Organismen (Oral Infection by Vincent's Organismes), von Paul R. Stillmann und John Oppie Mc Call-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 3, S. 155—156.) Die durch die gleichen Erreger wie die Angina Vincenti hervorgerufene Erkrankung der Mundschleimhaut war vor dem Kriege verhältnismäßig selten. Sie tritt gewöhnlich im Gefolge vernachlässigter Mundpflege auf, und zwar in charakteristischer Weise als akut einsetzende schmerzhafte Entzündung des Randes und des zwischen den Zähnen gelegenen Abschnittes des Zahnfleisches. Sie ist verbunden mit charakteristischem fauligem Geruch und ausgesprochenem allgemeinem Krankheitsgefühl. Bei der Behandlung ist Jodtinktur kontraindiziert, Adstringentien sind wenig wirksam; sehr wirksam jedoch ist eine Kombination von wäßriger Jodlösung und 20%igem Silbernitrat, wobei sich ein Niederschlag von Jodsilber bildet. Häufige Spülungen mit Natriumperborat. E. Levin-Berlin.

Vincent-Infektion des Mundes (Vincent's Infection of the Mouth), von Isador Hirschfeld-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 3, S. 150—154). Der Angina Vincenti analoge Erkrankung, durch dieselben Erreger hervorgerufen. Be-

Digitized by Google

sprechung der Erscheinungen und der Differentialdiagnose. Die Behandlung besteht im wesentlichen in einer Entfernung der nekrotischen Massen mit einem in 10%iger Neosalvarsanlösung getränkten Wattebausch und Spülungen mit Natriumperborat. Die Erkrankung kann nicht nur, wie vielfach angenommen, akut, sondern auch subakut und chronisch sein. E. Levin-Berlin.

Über die Schädigung der Mundschleimhaut durch Tabakstaub, von Fischer-Sontra. (Zschr. f. Hyg., 1923, Bd. 99, S. 296—301.) Während die Tabakstaubwirkung für den Gesamtorganismus nur bei besonderer individueller Empfänglichkeit schädlich ist, zieht sie für die Mundhöhle und das Zahnfleisch im besonderen in den meisten Fällen und ohne Rücksicht auf die Konstitution schädliche Folgen nach sich. Die sich entwickelnden Entzündungen treten besonders an den unteren Schneidezähnen auf, da hier die günstigste Ablagerungsstätte geschaffen ist. Diese meist chronischen Entzündungen verursachen heftige Beschwerden und zeigen schlechte Heilungstendenz.
B. Peiser-Berlin.

Haare und Nägel.

Alopezie und Poliosis der Augenlider (Alopecia and Poliosis of the Eyelids), von W. Campbell Posey-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 17, S. 1204 bis 1207.) Nichts Neues. F. Quasig-Hamburg.

Dermatomykosen.

Experimentelle Untersuchungen zur Prophylaxe der Dermatomykosen, von W. Rosenstein-Breslau. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 5, S. 331—336.) Durch Reagensglas- und Tierversuche wurde festgestellt, daß sich 3%iges Formalin, sodann Phobrol und Grotan am besten zur Abtötung der Hyphen und Sporen eignen. Gänzlich ungeeignet sind 1‰iges Sublimat, Alkohol und Wasserstoffsuperoxyd.
F. Harry-Wiesbaden.

Trichophytia capitis und dessen Behandlung (Ringworm and its Treatment), von J. Robertson-Blackburn. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3259, S. 1017.) Bei 61 Kindern erzielte R. Heilung ohne Rezidiv in durchschnittlich 18 Tagen mit folgendem Verfahren: Nach Abrasieren aller affizierten Gebiete und gründlicher Reinigung mit Seife wird eine Mischung von Kalomel (0,3) mit Jodtinktur (3,75) frisch bereitet und mit einem Wattebausch sanft aufgetupft. Verband mit trockenem weichem Material (Lint). Am folgenden Tage Verbandwechsel durch den Arzt und Verband mit Quecksilberammoniaksalbe, was bis zur Heilung fortgesetzt wird. Bei größerer Ausdehnung der Dermatose pflegt R. das Betupfen mit der Jodkalomellösung auf 6 Portionen zu verteilen. — Die englische Jodtinktur ist schwächer als die deutsche, sie besteht aus etwa: Jod 0,2, Kal. jodat 1,0, Spirit. rect. 80,0. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Die Behandlung der Pedikulosis mit „Cuprex", von W. Hohorst und H. Voelkel, Abt. Wechselmann, Rudolf-Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 23, S. 796.) Beobachtungen an Kranken und Laboratoriumsversuche zeigten die schnelle und zuverlässige Wirkung des Mittels auf Pediculi capitis, pubis und corporis. Die Flüssigkeit (50 ccm für den Kopf, 25 für Schamgegend einschließlich behaarte Teile der Beine und Brust, evtl. Achselhöhlen) 10 Minuten lang einreiben. Nach 1—1½ Stunden den Kopf mit lauwarmem Wasser und Seife waschen, trocknen, auskämmen. Leib- und Bettwäsche wechseln. Reizerscheinungen wurden nur ganz ausnahmsweise beobachtet.
E. Levin-Berlin.

Erster Fall in der Schweiz einer Infektion beim Menschen mit der Rinderbiesfliege (Premier cas d'infection à Hypoderma bovis de Geer chez l'homme en Suisse), von B. Galli-Valerio und M. de Werra, Inst. f. Hyg. Univ. Lausanne. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 30, S. 701—702.) Aus einer furunkelähnlichen Geschwulst hinter dem linken Process. mastoid. entleerte sich auf Druck ein 15 mm langes Körperchen, das als Larve von Hypoderma bovis im zweiten Stadium ihrer Entwicklung erkannt wurde. Die Pat. hatte bis einige Monate zuvor eine Kuh nebst deren zwei Färsen auf die Weide geführt; die Tiere zeigten Hypodermageschwülste. Es ist anzunehmen, daß die Larven beim Menschen ebenso wie beim Rinde durch den Ösophagus und den Rückenmarkskanal in die Haut wandern, doch ist eine direkte Infektion durch

Digitized by Google

die Haut möglich. Eine Gefahr ist mit dem Aufenthalt in der Haut (bei dem öfter ein Weiterkriechen nach Art der Larva migrans beobachtet wurde) nicht verbunden, wohl aber durch Überwandern in das Auge. E. Levin-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Klinische Beobachtungen über Masern, von P. Widowitz-Graz. (Arch. f. Kindhlk., 1923, Bd. 72, H. 4, S. 274—281.) Verf. bringt einige Abweichungen von dem gewöhnlichen Bild der Masern. Die Koplikflecken, die ganz besonders charakteristisch gelten, sind auch bei den Roseolen beobachtet worden, andererseits fehlen sie auch bei richtigen Masern. Auch der Beginn und die Ausbreitung des Exanthems erfährt mancherlei Abweichung. Die Kombination von Masern und Diphtherie erscheint einer besonderen Erwähnung, zumal letztere durch Abschwächung der Antikörper einen schwereren Verlauf nimmt. Zum Schluß verlangt der Autor Wiedereinführung der Anzeigepflicht insbesondere bei schweren Epidemien.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über Masernprophylaxe mit Masernrekonvaleszentenserum, von Karl Kundratitz-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 26, S. 1200.) Verf. hat an einem großen Material von Säuglingen und Kindern die von Degkwitz ausgearbeitete Masernprophylaxe versucht und ist zu sehr befriedigenden Resultaten gelangt. Die Prophylaxe wird in der Weise vorgenommen, daß intramuskuläre Injektionen von Masernrekonvaleszentenserum den gefährdeten Kindern verabfolgt werden. Die beste Zeit zur Blutentnahme ist der 7.—21. Rekonvaleszententag. Als mittlere schützende Dosis wurde gegeben: bei Kindern aller Altersstufen bis zum 4. Inkubationstag 3,5 ccm und bis zum 6. Inkubationstag 6 ccm. Darüber hinaus ist ein Gelingen der Prophylaxe unsicher oder nach dem 8. Tage unmöglich. Der Schutz hält mehrere Monate an; bei Kindern, bei denen die Schutzimpfung nach der erfolgten Infektion vorgenommen wurde, bleibt der Masernschutz länger dauernd und vielleicht zeitlebens. Die Blutentnahme erfolgte von Kindern über 3 Jahren; die Wirkung von Erwachsenenserum stellte sich allgemein als unsicher heraus. E. Langer-Berlin.

Das Scharlachproblem, von Th. F. Bürgers, Hyg. Inst. Düsseldorf. (Zschr. f. Hyg., 1923, Bd. 99, H. 4, S. 323—349.) Sehr interessante und originelle, epidemiologische Studie. Zum eingehenden Referat leider ungeeignet, da die Arbeit unter Vermeidung eines eigenen Urteils nur beabsichtigt, die epidemiologische Forschung auf die zahlreichen, noch ganz ungelösten Probleme der Scharlachverbreitung, Kontagiosität, Anaphylaxie usw. hinzuweisen. F. Jacobsohn-Berlin.

Leichte Blattern (Mild Small-Pox), von J. H. Garvett-Cheltenham. (Lancet, 1923, Nr. 5208.) In den letzten Monaten ist in England eine Form von Blattern in ziemlicher Häufigkeit aufgetreten, deren Symptome so schwach ausgeprägt sind, daß sie für gewöhnlich übersehen werden. Die leichten Blattern betrafen bei den jugendlichen Personen nur ungeimpfte, während die Erwachsenen, die in ihrer Kindheit — vor 30 bis 60 Jahren — geimpft waren, ausgesprochenere, wenn auch leichtere, aber nicht zu verkennende Formen von Blattern aufwiesen. Die Übertragbarkeit der leichten Blattern ist eine sehr verschiedene, und keineswegs steht dieselbe in irgend einem Verhältnisse zum Grade der Erkrankung; die Infektion ist um so wirksamer, je stärker und anhaltender die Berührung; so sind von Schulkindern ausgehend ganze Hausepidemien beobachtet worden. Die Schwierigkeiten einer sicheren Diagnose beginnender Fälle von leichten Blattern sind sehr beträchtliche, und hier ist die Frage, ob vor kürzerer oder längerer Zeit Schutzimpfung an den Pat. ausgeführt worden ist, außerordentlich bedeutungsvoll. Differentialdiagnostisch können Insektenstiche, Urtikaria, lokale Erytheme, Impetigo usw. in Betracht kommen, hauptsächlich aber Schafblattern. Die Hauptcharakteristika der leichten Blattern sind am Beginn geringe Allgemeinstörungen (Fieber, Bein- und Kopfschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen, Nasenkatarrh), die aber nach 2 bis 3 Tagen wieder vorübergehen, bis zwischen dem 3. und 7. Tag der Ausschlag bemerkt wird. Derselbe hinterläßt nur ganz selten Narben, wie die wahren Blattern. Bei der Diagnose ist die Möglichkeit, durch Isolierung der ersten Fälle die Verbreitung aufzuhalten, eine nicht sehr große. M. Stern-München.

Die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen (The Differential Diagnosis of Small-pox and Chicken-pox), von W. M. Wanklyn. (Brit. m. J., Nr. 3264, S. 106.) Man soll sich bei der Diagnose keineswegs auf einige in manchen, namentlich älteren, Lehrbüchern angegebenen Zeichen verlassen, wie Dellenbildung, Schrotkorn-

Digitized by Google

gefühl, Läsionen am Gaumen und an den Fußsohlen. Man berücksichtige vor allem die allgemeine und lokale Verteilung der Läsionen, den Grad der Schwere der Krankheit, daß Maß des Eindringens der Läsionen in die Tiefe und die Schnelligkeit und Art der Reifung der Pusteln. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Pockenepidemie in der Schweiz, von Max Tièche-Zürich. (Klin. W., 1923, Nr. 26, S. 1220.) Verf. beschreibt eine in Örlikon beobachtete sehr milde verlaufene Pockenepidemie. Die Mortalität betrug kaum $^1/_2{}^0/_{00}$. Es erkrankten nur Personen, die vor 20 und mehr Jahren zum letztenmal geimpft waren. Der Verlauf war überaus gutartig, vielfach bestand gar kein Suppurationsfieber; den heftigen Prodromalerscheinungen folgte meist eine Pause von 1—3 Tagen, ehe dann bei völligem Wohlbefinden die Patienten von der Erkrankung, die vielfach den Charakter von Varizellen trug, überrascht wurden. Diagnostisch erwies sich der Paulsche Versuch als sehr brauchbar. Es lag eine besondere Gefahr in dem leichten Verlauf der Fälle, da durch nicht erkannte abortiv verlaufende Erkrankungen die Epidemie weiter verschleppt werden konnte. E. Langer-Berlin.

Wirksamkeit der Pockenimpfung auf den Philippinen während 1921 und 1922 (Efficacy of Antivariolar Vaccination in the Philippines During 1921 and 1922), von R. G. Padua-Manila. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 19, S. 1361—1364.) An Hand von Statistiken berichtet Verf. über die Morbidität und Mortalität der Pocken und über die Impfresultate, die während der Jahre 1921 und 1922 gewonnen wurden. Danach haben die systematischen Impfungen der Bevölkerung den größten Schutz vor Pockenerkrankungen gegeben, und zwar um so mehr in den Bezirken, wo die Impfung alle Einwohner betraf. Hier nahmen die Morbiditäts- und Mortalitätsziffern rapid ab. F. Quasig-Hamburg.

Lepra.

Lepra tuberosa mit Hyperostosen an der Tibia und Lepra pachydermica mit Sklerose der Zunge (Lèpre tubéreux avec Hyperostoses tibiales et Lèpre pachydermique avec Glossite scléreuse), von G. Delamare-Konstantinopel. (Presse méd., 1923, Nr. 49.) Fall I: 26jähr. Mann, vor 10 Jahren erkrankt, Facies leonina, auf dem Palatum blumenkohlartige, schmerzlose, nichtblutende Wucherungen; diffuse, röntgenologisch bestätigte Hypertrophien an der rechten Tibia und knotenförmige Verdickungen an der linken, positiver Bazillenbefund im Nasensekret. Fall II: 24jähr. Soldat, vor mindestens 4 Jahren infiziert, an verschiedenen Stellen Pachydermien, stark bazillenhaltiges Nasensekret, ausgedehnte anästhetische Gebiete. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über die „Entfettung" der säurefesten Bazillen von Lepra und Tuberkulose durch Injektion von Chaulmoogra- und Lebertranverbindungen (Note on „Defatting" of the Acidfast Bacilli of Leprosy and Tubercle by Injections of Chaulmoogrates and Morrhuates), von L. Rogers-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3262, S. 11.) Verf. hat schon 1916 über günstige Erfolge mit der subkutanen und intravenösen Injektion von löslichen Natriumsalzen der ungesättigten Fettsäuren des Chaulmoograöls u. a. berichtet. Er hat seitdem ähnliche Verbindungen der Fettsäuren des Lebertrans (Natriummorrhuat) und des Öls der Sojabohne gleichfalls erfolgreich verwendet. Über günstige Erfolge mit Natriummorrhuat bei Tuberkulose berichtete er 1920. Nach zahlreichen Laboratoriumsuntersuchungen glaubt R. nun schließen zu dürfen, daß diese günstige Wirkung darauf beruht, daß die eingeführten Medikamente eine Steigerung des fettlösenden Fermentes im Blute, der Lipase, hervorruft. Es stimmt hiermit die Beobachtung überein, daß bei der Behandlung von Leprakranken die einsetzende Besserung wiederholt im Anschluß an eine Vermehrung der Lipase im Serum erfolgte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lepra und ihre Parallelen zur Tuberkulose, von G. Herxheimer-Wiesbaden. (Klin. W., 1923, Nr. 23, S. 1053.) Verf. gibt eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Verlaufsformen der Lepra. Er zeigt an der Hand dieser Darstellung, wie weitgehende Parallelen sich zwischen der Lepra und der Tuberkulose ziehen lassen. Unter den klinischen und pathologisch-anatomischen Bildern entspricht das Stadium der tuberösen Lepra ganz der käsig-exsudativen Form der Tuberkulose, während die makuloanästhetische Lepra der proliferativen Tuberkulose ähnlich ist. Unter Heranziehung der hauptsächlichsten Literatur bespricht Verf. den Infektionsmodus, die klinischen Erscheinungen der Lepra, die Immunitätsbedingungen und den Ausbreitungsmodus der Leprabazillen. Lokalisation des leprösen Primäraffekts und die Ausbreitung der Er-

Digitized by Google

krankung, ebenso die Latenzerscheinungen und das chronische Stadium werden erläutert. Das anatomische Bild der Leprome und das Verhalten der Leprabazillen in den Infektionsherden wird eingehend dargelegt. E. Langer-Berlin.

Tuberkulose.

Versuche über eine Sensibilisierung der Pirquetschen Reaktion, von Anders Aronson-Sandträsk. (Klin. W., 1923, Nr. 27, S. 1261.) Ausgehend von der Beobachtung, daß Morphin 1%iger oder 5%iger Lösung auf die Haut gebracht hyperämisierend wirkt, und von dem Gedanken, daß die Resorption des Tuberkulins um so stärker ist, je mehr die Haut durchblutet ist, machte Verf. an einer Anzahl Kinder teils mit aktiver teils inaktiver Tuberkulose Sensibilisierungsversuche mit einer Morphin-Tuberkulinlösung, die auf Hautstellen aufgetragen wurde, die vorher mit der Pirquet-Nadel exkoriiert waren. Es zeigte sich bei den Kindern mit inaktiver und einem Teil der mit aktiver, Tuberkulose, daß die Reaktion zunächst stärker auftrat, daß sie sich aber schon nach 5 Stunden kaum, nach 24 Stunden gar nicht von der gewöhnlichen als Kontrolle angesetzten Pirquet-Reaktion unterschied. Lediglich bei einem Teil der aktiv tuberkulösen Kinder fiel die Reaktion in ihrem ganzen Verlauf stärker aus und trat rascher in Erscheinung. Ebenso zeigten einige Kinder mit negativem Pirquet eine positive Reaktion bei Anwendung der Morphin-Tuberkulinlösung. Es scheint demnach, daß in einzelnen Fällen der Morphinzusatz die Empfindlichkeit für das Tuberkulin erhöht und das Auftreten der Reaktion beschleunigt, daß dieses aber keinesfalls etwas Gesetzmäßiges sei. E. Langer-Berlin.

Gibt es eine aspezifische Überempfindlichkeit infolge von Tuberkulose, von J. Holló und E. Holló-Weil-Budapest. (D. m. W., 1923, Nr. 30, S. 974—975.) Im Gegensatz zu den experimentellen Ergebnissen Selters haben die Verff. keinen Unterschied in der Reaktionsfähigkeit von tuberkulösen und nichttuberkulösen Menschen auf Pepton nachweisen können. F. Harry-Wiesbaden.

Immunbiologische Erfassung der chirurgischen Tuberkulose, von W. Drügg, Chir. Univ.-Klin. Köln-Lindenburg. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 179, H. 1/2, S. 65/99.) Die Wahl der Behandlungsmethoden, jede allein oder in Kombination miteinander muß durch die Erkenntnis ihrer Einflüsse auf das immunbiologische Geschehen bedingt sein. Die Grundlage dafür bildet die Vervollständigung des klinischen Bildes durch die Ergebnisse, die die fortlaufend angestellte Intrakutanreaktion mit den Deycke-Muchschen Partigenen gibt. E. Levin-Berlin.

Über die Abschwächung der Tuberkulinwirkung durch menschliches Serum, von Werner Jadassohn und Hans Martenstein-Breslau. (Klin. W., 1923, Nr. 26, S. 1210.) In Fortsetzung früherer Arbeiten auf diesem Gebiete studierten die Verff. die Einwirkung aktiven Serums + Tuberkulin verglichen mit inaktivem Serum + Tuberkulin auf die Haut Allergischer. Dabei konnten sie feststellen, daß die Tuberkulinwirkung durch eine nur im aktiven Serum vorhandene Substanz bei einigen Tuberkuloseformen abgeschwächt wurde, die in der Mehrzahl eine positive Allergie aufweisen: Lupus pernio, Boeckssches Sarkoid, Lupus miliaris und bei je einem positiv allergischen Fall von kolliquativer Tuberkulose und Weichteiltuberkulose. Die Applikation geschah in diesen Fällen kutan. Intradermal appliziert gelang der Nachweis bei einigen aktiven Lungentuberkulosen. Es sind demnach in dem aktiven Serum Substanzen vorhanden, die auf der Haut Allergischer die Tuberkulinwirkung abschwächen und die durch Inaktivieren zugrunde gehen. Ähnliche Substanzen sind von J. früher im Rattenserum beschrieben worden. Man muß wohl annehmen, daß diese abschwächende Substanz ein Ambozeptor ist. Der Ausfall der Reaktionen ist abhängig 1. von dem Ambozeptorgehalt des Serums, 2. vom Testobjekt und 3. von der Zeit, nach welcher abgelesen wird. Ferner konnte gefunden werden, daß bei Lupuskranken mit einer schwachen Tuberkulinkonzentration (1 : 1000000) oft eine stärkere Wirkung erzielt werden kann als mit einer starken Konzentration. Diese Tatsache kann für das obige Phänomen auch zur Erklärung herangezogen werden. E. Langer-Berlin.

Über Erfahrungen mit der Ponndorf-Impfung, von E. Richter-Zittau. (M. Kl., 1923, Nr. 31, S. 1082—1083.) Die Methode wird abgelehnt, weil eine wirkliche Dosierung nicht möglich und die Impfung gelegentlich gefährlich ist. Eine überraschend gute Wirkung trat in keinem Falle ein. E. Levin-Berlin.

Ist die Ponndorfsche Kutanimpfung ein ungefährliches Verfahren?, von Unverricht, III. med. Univ.-Klin. Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 24, S. 828—829.) Selbst

Digitized by Google

nach Applikation von kleinen und kleinsten Mengen von Impfstoff A traten in mehreren Fällen schädliche Herdreaktionen auf. Es kann also auf die bei dieser Art der Tuberkulindarreichung angeblich eintretende entgiftende Funktion der Haut nicht mit Sicherheit gerechnet und die Ponndorfsche Impfung nicht als harmlos angesehen werden.
E. Levin-Berlin.

Weitere Untersuchungen über Lymphogranulomatose, von Eugen Fränkel und H. Much-Hamburg-Eppendorf. (Zschr. f. Hyg., 1923, Bd. 99, H. 4, S. 391—402.) Die Verff. hatten (Zschr. f. Hyg., 1910, Bd. 67) gezeigt, daß in den lymphogranulomatösen Krankheitserzeugnissen antiforminfeste, nach Much darstellbare, nicht säurebeständige, teils in Stäbchen-, teils in Granulaanordnung liegende Mikroorganismen zu finden sind. Diese Befunde werden von einer Zahl anderer Autoren, z. T. in Schnittpräparaten, bestätigt, von anderen, so von Ceelen und Rabinowitsch und von Conradi angegriffen. Die neuen Untersuchungen bestätigen vollauf die damals geäußerte Ansicht der beiden Verff. Die Untersuchungen berücksichtigen das Ergebnis von 10 Obduktionsfällen, deren lymphogranulomatöses Material auf Meerschweinchen übertragen wurde. Der Erregernachweis gelingt so gut wie in jedem Falle durch Färbung wie durch Züchtung unter Berücksichtigung gewisser Vorsichtsmaßregeln. Sie sehen in der Lymphogranulomatosis eine an Seltenheit dem Lupus erythematosus nahestehende Tuberkuloseform, für deren Entstehung besondere Konstitutionsveränderungen, deren Entstehung selbst noch der Forschung bedarf, Voraussetzung ist. Im Einklang mit der Auffassung der Lymphogranulomatose als Tuberkuloseform bei Konstitutionsumstimmung steht der stets spärliche Bazillenbefund, und zwar in Form der Muchschen Granula. Notwendig für die Entstehung der Lymphogranulomatosis ist eine besondere Umstimmung der Lymphdrüsen, deren Abwehrfähigkeit gegen den eingedrungenen Erreger derart überreizbar gesteigert ist, daß sie dem Körper verderblich wird.
F. Jacobsohn-Berlin.

Über die Wildbolzsche Eigenharnreaktion, von H. Schünemann, Chir. Klin. Gießen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 129, H. 2, S. 403—413.) Der Beweis der Anwesenheit spezifischer Antigene im Harn Tuberkulöser ist bisher noch nicht gelungen. Es kann bei ihnen mit 2% Oxalsäure eine der EHR. gleiche Reaktion erzielt werden, die bei Nichttuberkulösen in der Mehrzahl der Fälle ausbleibt. Nach den Erfahrungen mit der Salz- und Oxalsäurewirkung ist anzunehmen, daß die Reaktion auf einen chemischen Reiz zurückzuführen ist, der in der veränderten Haut Tuberkulöser ein Infiltrat hervorruft. Die Wirkung des konzentrierten Urins Tuberkulöser ist wahrscheinlich auf eine veränderte chemische Zusammensetzung zurückzuführen, hauptsächlich auf die Vermehrung von Oxalsäure und Kalk bzw. deren chemischen Verbindungen. Durch alimentäre Vermehrung der Oxalsäure im Harn kann eine negative EHR. auch bei allergischen Nichttuberkulösen positiv werden.
E. Levin-Berlin.

Die Verwertung der Wildbolzschen Methode bei aktiver Tuberkulose, von W. v. Friedrich und Julius László-Budapest. (Zschr. f. Tbc., 1923, Bd. 38, H. 3, S. 194—197.) Auf Grund eigener in 5 Versuchsreihen gewonnener Nachprüfungen verwerfen Verff. vollständig das Wildbolzsche Verfahren, das aus der Eigenharnreaktion prognostische Schlüsse auf die Aktivität der Tuberkulose gestatten sollte. Das Verfahren hat keinen praktischen Wert. Es ergibt z. B. noch häufiger als die Tuberkulinimpfung auch dort positive Resultate, wo bestimmt keine aktive Tuberkulose vorhanden ist.
F. Jacobsohn-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Priv.-Doz. Dr. Edmund Hofmann, Assistent der dermatologischen Klinik in Bonn, ist unter Beibehaltung der Venia legendi zum Oberarzt der dermatologischen Klinik in Frankfurt a. M. ernannt worden.

Gestorben: Dr. Ramón Cañadas, Professor der Dermatologie an der medizinischen Schule in Cadix.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. November 1923 | Nr. 44 | Band 77

Beitrag zur Frage der Behandlung der Orientbeule.

Von

San.-Generalleutnant Dr. Pr. Vaiciuška aus Kaunas (Kowno-Litauen).

Hospitant der dermatologischen Abteilung des R.-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Prof. Dr. Buschke).

Diese infektiöse Hautkrankheit ist in Süd-Westasien, Nordafrika mitsamt dem naheliegenden Süditalien und teilweise in Südamerika endemisch verbreitet und wird durch die Schiffahrt nach Europa verschleppt.

A. Plehn bringt das Auftreten der Leishmaniosis mit Flußufern und sumpfigen Niederungen, Küstenstrecken und wasserreichen Oasen in Verbindung. Ich habe also viele Fälle auf der Hochebene Persiens gesehen, wo das kontinentale Klima warm und wasserarm ist. V. Schilling, Wenyon, A. Wolff und P. Mulzer schreiben außerdem Insektenstichen eine gewisse Rolle bei der Übertragung des Virus zu, welche nicht nur auf Menschen, sondern nach Nicolle und Manceau auch auf Hunde erfolgen kann, so daß letztere als Vermittler für den Menschen dienen können.

Jedenfalls kann der Erreger entweder direkt von Mensch zu Mensch durch Berührung übergehen oder vermittels der unorganisierten und organisierten Natur übertragen werden. Im Leben und in der Symbiose der Bakterien und Protozoen mit höheren Organismen spielt die Widerstandsfähigkeit eine große Rolle. In den Gegenden mit rauherem Klima müssen die Protozoen und Insekten, die nicht parasitisch bei Tieren wohnen, im Winter meistenteils zugrunde gehen. Das betrifft hauptsächlich Protozoen, welche im freien Zustande im Wasser leben. Für sie sind also warme Länder notwendig. In Teheran entstehen durch Dürre und Staub an offenen Körperteilen leicht Hautverletzungen bei den Eingeborenen; und wenn sie sich noch mit der den Südländern eigenen Faulheit mit nur wenigem Wasser aus den schmutzigen Wasserbehältern waschen, werden die Krankheitserreger direkt eingeimpft und können sich ungestört entwickeln.

Die Lieblingsjahreszeit des Vorkommens der Orientbeule ist September bis Februar; und dieser Umstand spricht mehr für die Ausbreitung durch die Insekten, ähnlich, wie Malaria, deren Ausbreitung dort gegen den Herbst rasch zuzunehmen beginnt. Die einheimischen Laien glauben, daß es von Miasmen abhänge, die aus gefallenen faulenden Blättern im Wasser entständen.

Das Krankheitsbild, welches nach Kaposi, v. Düring, Reinhardt, v. Schilling, E. Gaucher, A. Wolff und P. Mulzer große Mannig-

Digitized by Google

faltigkeit zeigt, kann als chronische infektiöse Haut- resp. Schleimhautentzündung aufgefaßt werden; und die je nach dem Prävalieren ulzerativer, exsudativer oder produktiver Formen in den einzelnen Fällen entstehenden verschiedenen Krankheitsbilder: Makula, Papula, Vesikula oder Ulkus mit krustösen Auflagerungen bei ganz geringer Empfindlichkeit und Abwesenheit von Fieber stellen verschiedene Stadien eines Prozesses dar.

Mein Material umfaßt mehr als 100 Fälle, die ich in den Jahren 1907—1911 im südlichen Kaukasus und nördlichen Persien, hauptsächlich Teheran, beobachtet habe. Im Elisavetpolgouvernement hat diese Krankheit unter den Einwohnern die Benennung „Godovik", was deutsch „ein Jahr dauernd" heißt, und in Persien hat es unter dem Namen „sahlek" dieselbe Bedeutung.

Fast alle sind in meine Behandlung im Zustande der Geschwürs- bzw. Borkenform gekommen, und von ihnen hatten 0,75 % die Beulen im Gesicht, der Rest an den unbedeckten Extremitätenteilen; zu den letzteren gehörte ich selbst, so daß ich die Entwicklung der Orientbeule an meinem rechten Beine verfolgen konnte. Ich hatte unter meiner Verwaltung das Hospital der Kosakenbrigade und „Märishanä ruß", d. h. „Russisches Spital"; und beinahe alles persische Personal hatte im Gesicht rundliche, etwas vertiefte, weiche Narben mit Pigmentveränderungen herrührend von geheilter Orientbeule, — so verbreitet ist diese Krankheit dort.

Ungefähr die Hälfte von allen Fällen hatte je eine Beule, die anderen zwei bis vier. Meistenteils waren die Wangen betroffen, und nur in einzelnen Fällen waren die Lippen, Nasenflügel und Augenlider ergriffen.

Die Krankheitsdauer erstreckte sich von ein Viertel bis zu 4 Jahren; letzteres war bei einer alten Perserin der Fall, bei der beide Wangen mit 7—10 cm großen Geschwüren bedeckt waren. Infolge der Entstellung mußte sie in der Einsamkeit leben, da sie von allen gemieden wurde.

Immerhin führt die Krankheit in der Regel nach einjährigem Verlaufe zur Genesung.

Die Einheimischen bestreuen zur Verkürzung der Krankheitsdauer die Beulen mit Pulvis cantharidum, was tatsächlich in 3 Monaten nach den Versuchen des Schacharztes Sadowsky zur Heilung führte. Nach Meyer und Gottlieb wirken Kanthariden als Aphrodisiaka vasodilatierend, wodurch die Durchlässigkeit der kleinen Blutgefäße steigt und eine stärkere seröse Durchtränkung mit rascherem Stoffwechsel im trägen Geschwür erfolgt, und die Heilung beschleunigt wird.

Nach Moty hat ein mit 1 %iger Sublimatlösung getränkter Verband eine gute Wirkung. Gemayel schlägt 1 %ige Sublimatsalbe vor. Gaucher empfiehlt die Anwendung von Kalomelpulver und die Thermokauterisation der initialen Knoten. Ascher ätzt mit dem Lapisstift, welchen er während einiger Tage 4—5mal tiefer in den Tumor hineinbohrt. Es wird auch Empl. hydr. angewendet. Radiotherapie und Exzision werden empfohlen. Schilling hält chirurgisches Eingreifen nur bei ganz radikaler Beseitigung für erfolgreich, sonst führe es eher zur Verschlimmerung. Man ätzt auch mit Kal. hypermanganicum. Cardamatis und Melissides gebrauchten Salbe aus Methylenblau, Vaselin, Lanolin āā. Machado und

Digitized by Google

Vianna erzielten gute Resultate bei den schweren Formen durch 10 bis 15 intravenöse Injektionen von Tart. stibiatus 0,1 in physiol. Kochsalzlösung, die alle 4 Tage gemacht wurden. Nicolle und Manceaux, Petersen sahen schnellere Heilung bei Injektionen von Salvarsan. Neuerdings hat A. Lindenberg bei der Behandlung der brasilianischen Hautleishmaniose in 10 Fällen Bayer 205 innerlich à 0,5 dreimal täglich, subkutan à 0,3 einen Tag um den anderen und intravenös à 0,3 dreimal wöchentlich angewendet; und er ist der Meinung, daß dieses Mittel eine spezifische Wirkung habe, aber praktisch wegen langer Dauer der Behandlung und Albuminurie bisweilen ohne Erfolg sei.

Daraus geht hervor, daß man kein Mittel als tatsächlich sicher wirksam bezeichnen kann.

Mir bewährten sich am besten nach S. Fränkel Schwermetall-Nitrate, bzw. Chlorate, und zwar Argentum nitricum im Bazillus und Liquor ferri sesquichl. Aber die ganze Prozedur der Ätzung muß sorgfältig ausgeführt werden. Zuerst erfolgt eine Ausschabung vollkommen bis zur derben Grundlage; alle an den Rändern herumliegenden braunroten Knötchen müssen beseitigt, die Beulenränder mit der Schere geebnet, die Blutung durch Kompressen gestillt werden. Während der Ätzung ist es erforderlich, die ausgeschiedene Flüssigkeit durch Kompressen fortwährend zu beseitigen, bis die ganze Beule sich mit einer dicht liegenden, einheitlichen, dunklen Borke bedeckt hat; bricht auch nur ein Blutstropfen durch, so wird der Erfolg schon zweifelhaft und nach einigen Tagen die Wiederholung der Prozedur erforderlich sein. Dann muß die Borke trocken werden, was nach einer Stunde meist der Fall ist. Ich habe meistenteils keinen weiteren Verband appliziert, da bei der Bewegung die Borke leicht gelockert wird.

Von obigen beiden Chemikalien habe ich die zweite vorgezogen, denn Arg. nitr. ätzt stärker und hinterläßt infolgedessen derbere Narben. Liq. ferri sesquichlorati befriedigte mich vollständig. Wenn die Borke festsaß, so braucht man nur die Regeneration abzuwarten, die gewöhnlich in einem Zeitraume von 3 Wochen erfolgte, je nach der Größe der Beule. Mehr als dreimal die Prozedur zu wiederholen, erwies sich in keinem Falle als erforderlich. Ich habe bei dieser Methode keinen Mißerfolg beobachtet.

Natürlich ist diese Methode an den Schleimhäuten schwer anwendbar, sie ist hauptsächlich an der Haut erprobt.

Literatur.

1. H. Meyer und R. Gottlieb, Die experimentelle Pharmakologie, 1922. — 2. L. Aschoff, Pathologische Anatomie, 1921. — 3. A. Wolff und P. Mulzer, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh., 1917. — 4. E. Gaucher, Maladies de la peau, 1909. — 5. Kraus und Brugsch, Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., 1919, v. Schilling-Hannover, Orientbeule. — 6. A. Lindenberg, Über die Behandlung der brasilianischen Hautleishmaniose mit Bayer 205. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1923, H. 2. — 7. S. Fränkel, Die Arzneimittel-Synthese, 1921.

Digitized by Google

Histologische Untersuchung der blasigen und atrophischen Partien eines Falles von Epidermolysis bullosa (Koebner).

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Houloussi Behdjet in Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Rubié Hanoum, zur Zeit 21 Jahre alt, hatte sich vor 7 Jahren einem von uns (Hodara) vorgestellt. Sie war damals 14 Jahre, litt an Epidermolysis bullosa Koebner und bot folgendes Bild. Die Krankheit hatte bei ihr 3 Tage nach der Geburt mit auf den Finger- und Handrücken aufschießenden Blasen mit serösem und hämorrhagischem Inhalt begonnen. Diese Blasen traten spontan oder im Gefolge von Traumen auf; bald waren sie klein, flach oder sie waren von mittlerer Größe oder auch von der Form großer seröser oder hämorrhagischer Halbkugeln. Es war kein einziger Tag vergangen, ohne daß Blasen aufgetreten wären, und trotzdem befand sie sich sehr wohl, was die Gutartigkeit der Affektion beweist. Vor 7 Jahren saßen die Blasen auf dem Rücken der Finger, der Hände, an den Außenseiten der Unter- und Oberarme, an den Außenseiten der Schenkel, der Beine und an den Fußrücken mit einer vollkommenen Symmetrie der beiden Seiten, indem die Innenseiten der erwähnten Gegenden symmetrisch frei waren. Das Gesäß war beiderseits befallen, ebenso wie die Lumbalgegenden und der Hals, desgleichen symmetrisch die Stirn und die beiden Ohren, während der Thorax an seiner Vorder- und Hinterfläche, die Vorderfläche des Bauches, die Wangen und das Kinn frei waren. Die Krankheit war also nicht völlig generalisiert, sondern relativ lokalisiert und symmetrisch. Im übrigen ist von ihren Vätern und Ahnen niemand von der Krankheit befallen; es bestand hier also keine Heredität. Die Blasen wandelten sich nach ihrem Auftreten in Krusten um, oder ihre Hülle platzte und hinterließ eine erodierte Oberfläche, die sich in gleicher Weise mit Krusten bedeckte, die sich dann abstießen; und alle diese Blasen hinterließen bei ihrer Vernarbung und Heilung überall rote Flecke, so daß alle diese blasigen Partien allmählich mit roten Flecken untermischt waren. Außerdem zeigte die Kranke dystrophische Störungen, indem die Haut der Hände, der Finger, der Unterarme und besonders der Ellbogen dünn und atrophisch war, die Nägel der Hände und der Füße waren gleichfalls zum Teil betroffen, trübe, runzlig, und zeigten multiple Depressionen und Striae, auch sah man einige kleine weiße Zysten auf der Stirn. Dies war das Bild, das das Mädchen darbot, als der eine von uns (Hodara) sie vor 7 Jahren sah, und während dieser Jahre konnte die Kranke nicht beobachtet werden. Vor 2 Monaten stellte das junge Mädchen sich einem von uns (H. Behdjet) vor, der die Liebenswürdigkeit hatte, sie Hodara zuzuführen; wir haben dann beide gemeinsam das Studium dieses Falles aufgenommen. Zwischen dem Zustand der Kranken vor 7 Jahren und dem heutigen wurden folgende klinische Unterschiede festgestellt. Die Kranke und ihre Mutter erklären, daß die Krankheit sich seit 7 Jahren schrittweise gebessert hat und teilweise spontan ohne jede Behandlung geheilt ist; so daß schon seit 3 Jahren alle Blasen am Körper in der Gesäß- und Lumbalgegend völlig verschwunden, geheilt sind, ohne daß an diesen Stellen Rezidive aufgetreten wären, und auch an den oberen und unteren Extremitäten war das Auftreten der Blasen immer weniger zahlreich geworden, und die Blaseneruptionen durch immer größere Pausen voneinander entfernt; auch hätte sich die Zahl der Blasen immer mehr vermindert und ihr Auftreten erfolgte immer langsamer.

In der Tat war, als die Kranke sich vor 2 Monaten bei Behdjet vorstellte, der Körper frei und geheilt, und man sah nur an den Außenflächen der oberen und unteren Extremitäten und am Halse einige wenig zahlreiche seröse oder hämorrhagische Blasen, teils mit erodierter Oberfläche, teils mit Krusten bedeckt; die Haut der Handrücken, der Unterarme, der Ellbogen war dünn, atrophisch, und man sah spärliche Veränderungen an wenigen Nägeln, die trübe, runzlig, verdickt und verändert waren. Behdjet behandelte die von der Krankheit ergriffenen Stellen mit der Quarzlampe (Bach), und er glaubt durch diese Behandlung eine deutliche Besserung sowohl hinsichtlich der Verminderung der Blasen wie der Nagelaffektion erzielt zu haben.

Digitized by Google

Unser lokalisierter und symmetrischer, mit dystrophischen Veränderungen verbundener Fall von Epidermolysis der Rubié Hanoum muß in die von Brocq als kongenitaler Pemphigus oder Pemphigus successif à kystes épidermiques bezeichnete Varietät der Epidermolysis eingeordnet werden. Von dem Falle wurden von Behdjet zwei Stücke exzidiert, das eine von den blasigen Stellen und ihrer Umgebung, das andere von den atrophischen Stellen. Die histologische Untersuchung der beiden Stücke wurde von einem von uns (Hodara) vorgenommen. Mikroskopisch sieht man in dem ersten Stück von den peribullösen Teilen, daß die ersten Veränderungen in einer varikösen Erweiterung der Kapillaren der Papillen und der subpapillären Gefäße bestehen, in einem beträchtlichen Ödem des papillären Gewebes und der Papillen, das die Bindegewebsfasern der Papillen auseinanderdrängt und danach strebt, sich unter der Epidermis auszubreiten; in der Anwesenheit einiger lymphozytärer und leukozytärer Elemente im papillären Gewebe und einer Hyperplasie der Bindegewebszellen daselbst; in einer serösen Durchtränkung der Epidermis, die zu einem interzellulären und besonders intrazellulären Ödem der Stachelzellenschicht mit Höhlenbildung nach Leloir führt. Hier sieht man stellenweise eine sehr beträchtliche Hypertrophie und Hyperplasie der Stachel- und granulierten Zellen und eine Hyperkeratose der Hornzellenschicht. An anderen Stellen, besonders in der Nähe der Blasen, ist das inter- und intrazelluläre Ödem der Epidermis viel intensiver. Die Kernhöhlen sehr dilatiert, das Chromatin der Kerne schollig zerfallen (Karyorrhexis) und schließlich geschwunden, die Kerne blaß, ihre Konturen kaum sichtbar. In diesem Falle ist die Blase intraepidermal, indem ihre Flüssigkeit einen mittleren und unteren Abschnitt der Epidermis zerstört hat; die Blase setzt sich zusammen aus einer Flüssigkeit von körnigem Fibrin, aus epithelialen Zellelementen, deren Protoplasma und Kerne teilweise oder völlig zerstört, homogenisiert, vernichtet sind, aus Trümmern der epithelialen Kerne und einigen, wenig zahlreichen leukozytären Elementen. Die oberflächliche Schicht der Epidermis, die die Blase bedeckt, sieht man gleichfalls ödematös und im Begriffe, sich in eine desquamierende, parakeratotische Lage mit abgeflachten Kernen umzuwandeln. An den peribullösen Teilen sieht man stellenweise eine intraepidermale Zyste, zusammengesetzt aus einer großen zystisch umgewandelten Hornkugel, umgeben von einer parakeratotischen epithelialen Schicht mit parallelen Reihen abgeplatteter stäbchenförmiger Kerne. In den oberen ödematösen Abschnitten der Kutis sind die elastischen Fasern verschwunden; in den unteren weniger ödematösen sind sie im Gegenteil hypertrophisch; in den normalen Teilen peripher von den Blasen sind sie bis zu den Enden der Papillen erhalten.

2. Aus den atrophischen Stellen exzidiertes Stück. An dem zweiten, aus den atrophischen Stellen der Epidermolysis bei der Pat. exzidiertem Stück findet man die Epidermis verdünnt und atrophisch. Die Stachelzellenschicht besteht stellenweise aus 5—6 Zellreihen, aber an anderen Stellen ist sie außerordentlich verdünnt und atrophisch und auf nur 2—3 Reihen von Zellen reduziert, deren Kerne und Protoplasma verhältnismäßig klein, kompakt und geschrumpft ist. Es zeigen sich einzelne Stellen, an denen die Kerne beginnen abzublassen, zu atrophieren und zu verschwinden, indem sie die Zellhöhlung leer lassen, und so sieht man einen Haufen von leeren Kernhöhlen besonders in den oberen Reihen; das Stratum granulosum ist auf eine sehr dünne Schicht reduziert, während die Hornschicht ein wenig verdickt und hyperkeratotisch ist. Die Basalschicht der Epidermis ist atrophisch, die Epithelzapfen sind geschwunden und die Basalschicht ist zu einer einfachen Linie ausgeglichen. Das Corpus papillare ist gleichfalls atrophisch, die Papillen sind völlig geschwunden und die Oberfläche des Corpus papillare zu einer einfachen parallelen Linie ausgeglichen in unmittelbarem Zusammenhange mit der Basalschicht der Epidermis. In dem mittleren und unteren Abschnitt der Kutis findet sich eine Hyperplasie der fusiformen Bindegewebszellen. Die Gefäße der Kutis zeigen sich stellenweise in den oberen Abschnitten unter dem Bilde dünner fusiformer Zellstränge, stellenweise mit verstopftem Lumen, stellenweise nach den unteren Abschnitten der Kutis zu mit mehr oder weniger verdicktem Lumen und mit stärker verdicktem, aus perithelialen mehr oder weniger zahlreichen Zellreihen zusammengesetzten Wandungen. Die elastischen Fasern sind in dem mittleren Abschnitt der Kutis nicht zu sehen, man sieht an einzelnen spärlichen Punkten einige sehr dünne, atrophische und kaum wahrnehmbare elastische Fasern. In einem zweiten aus den atrophischen Abschnitten exzidierten Stück, das auf das Verhalten der elastischen Fasern untersucht wurde, konnte man an einzelnen Stellen der Kutis ihr Fehlen feststellen, an anderen sah man einzelne, dünne, sehr gut gefärbte elastische Fasern, und an wieder anderen kleine Bündel dünner, schwach gefärbter, kaum wahrnehmbarer Fasern.

Digitized by Google

Zusammenfassend findet man an den blasigen Abschnitten der Epidermolysis histologisch Veränderungen der Gefäße des Corpus papillare in variköser Erweiterung, intensives Ödem der Papillen sowie inter- und intrazellulär in der Epidermis mit Höhlenbildung und Hyperplasie der Stachelzellen.

In den atrophischen Abschnitten der Epidermolysis ist die Epidermis atrophisch, verdünnt und auf eine sehr geringe Zahl von Reihen kleiner, geschrumpfter Zellen reduziert. Der Papillarkörper ist auch atrophisch, die Papillen und die Epithelzapfen sind völlig geschwunden. Die elastischen Fasern sind in den atrophischen Abschnitten nicht zu sehen.

Aus der chemischen Abteilung (Prof. Giemsa) des Institutes für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Nocht).

Untersuchungen über die Ausscheidung von Wismut durch den Harn bei parenteralen Injektionen von Natriumtribismutyltartrat (Bi 5).

Von

S. Sei aus Hiroshima (Japan).

Für den rationellen Ausbau der Wismuttherapie der Lues ist die Vertiefung unserer pharmakologischen Kenntnisse dieses Elementes dringendes Erfordernis. Wie lückenhaft noch vor kurzem das Wissen darüber war, zeigt die Darstellung bei Kobert (1), wo noch kaum der Ansatz zu einer toxikologischen Differenzierung dieses Elementes bei verschiedener Form der chemischen Bindung zu finden ist. Die von den verschiedensten Seiten aufgenommenen Studien über die Chemotherapie der Lues mit Hilfe von Wismutverbindungen haben — soweit der allein zu exakten Grundlagen führende Weg ausgreifender Tierexperimente eingeschlagen wurde — bereits zu recht interessanten Ergebnissen bezüglich der toxikologischen Verhältnisse geführt. Damit ergeben sich neben neuem Material auch neue Probleme für den Mechanismus der Wismutwirkung. Neben der Frage der Verteilung der Wismutverbindungen im Organismus ist diejenige nach der Art und Geschwindigkeit der Ausscheidung von besonderer Bedeutung.

Für die Beantwortung ersterer Frage ist die schon seit langem bekannte Tatsache von Wichtigkeit, daß das Metall sich in den verschiedensten Organen ablagert (wohl immer als Schwefelwismut). M. Akamatsu (2) hat dieses kürzlich auf breiter Grundlage bestätigt und gleichzeitig dargetan, daß die Art der Verteilung durchaus von der Bindungsform abhängig ist, in der das Wismut appliziert wurde. In allen Fällen war der Wismutgehalt der Niere sehr hoch, was auf die besondere Bedeutung dieses Organes für die Ausscheidung des Metalls hinweist. Die Tatsache, daß die Anreicherung in der Niere um so größer wurde, je später nach erfolgter Injektion das Tier starb, legt die Vermutung nahe, daß das Ausscheidungsvermögen der Niere offenbar ein sehr begrenztes ist.

Außer im Harn wird Wismut ausgeschieden durch Fäzes, Speichel, Galle, Schweiß, Pankreassaft und Milch. Die Ausscheidung durch die

Digitized by Google

Nieren ist aber am wichtigsten. Daher bietet sich die Harnuntersuchung als am geeignetsten dar, um die Ausscheidungsverhältnisse bei verschiedenen Formen der Wismutmedikation zu studieren. Solche Untersuchungen liefern wertvolles Material für eine sachgemäße Dosierung sowohl hinsichtlich der Einzelgabe als auch bezüglich des zeitlichen Abstandes zwischen den einzelnen Injektionen. Daß bei intramuskulärer Behandlung die völlige Resorption und Ausscheidung sich auf einen langen Zeitraum erstreckt, ist schon von verschiedenen Seiten betont worden. Als die vorliegenden Untersuchungen ihrem Abschluß nahe waren, erschien eine Mitteilung von H. Müller (3), in der dieser Befund an reichhaltigem Material bestätigt wurde.

Methoden des Nachweises und der Bestimmung von Wismut im Harn.

Die bisher angewandten Methoden des Wismutnachweises im Harn sind kürzlich von S. Dezani (4) einer vergleichenden Nachprüfung unterzogen worden. Recht brauchbar, nur etwas umständlich ist das Verfahren von Fournier-Guénot-Aubry, das die vorgängige Veraschung des Harnes zur Voraussetzung hat. Die rein weiße Asche wird mit heißem, mit Salpetersäure angesäuertem Wasser ausgezogen und in der erhaltenen Lösung das Wismut mit Hilfe des Reagenses von Légar-Aubry nachgewiesen. Positiver Ausfall kennzeichnet sich durch eine ziegelrote Fällung, bei sehr geringen Mengen durch rötlichgelbe Trübung. Dieses Reagens besteht aus einer Lösung von 1 g Chininsulfat und 2 g Jodkalium in 100 ccm Wasser. Die Empfindlichkeit wird auf 1 : 600000 angegeben.

Bei eigenen Versuchen mit diesem Reagens zeigte sich, daß sich einfachsaures Chininsulfat in den angegebenen Mengenverhältnissen in Wasser nicht völlig aufgelöst; durch Zusatz von wenig verdünnter Schwefelsäure läßt sich dies beheben. Das Reagens nimmt dadurch eine gelbliche Färbung an, doch läßt sich kein ausgeschiedenes Jod nachweisen. Die Schärfe des Nachweises ist von der Reagensmenge abhängig. Stellt man sich eine Lösung her, die in 100 ccm 0,1 g Wismut enthält (Verdünnung 1 : 1000000), so erhält man einen schwach positiven Ausfall, wenn man 5 ccm Reagens hinzusetzt; mit 10 ccm Reagens wird die Reaktion viel deutlicher. Mehr Reagens zu nehmen ist wegen dessen Eigenfarbe nicht ratsam. Wichtig ist die Einhaltung schwach saurer Reaktion; in stark saurer wie in alkalischer Lösung versagt die Probe.

Von anderer Seite ist die Reduktion zum Metall zum direkten Nachweis des Wismuts im Harn benutzt worden. Nach Dezani ist diese Methode nicht zuverlässig genug.

Dezani schlägt ein Verfahren vor, das sich der intensiven Gelbfärbung des komplexen Kaliumwismutjodides bedient. Das im Harn gelöste Wismut wird durch Lauge zusammen mit Kalziumphosphat — das vorher in saurer Lösung zugesetzt wurde — niedergeschlagen. Der Niederschlag wird durch mehrfaches Aufrühren mit Wasser und Zentrifugieren gereinigt. Dann löst man in Salzsäure, verdünnt mit Wasser und gibt eine 25%ige Lösung von Jodkalium hinzu. Gelbfärbung zeigt

Digitized by Google

die Anwesenheit von Wismut an. Bei der Nachprüfung dieses Verfahrens ergab sich, daß es sehr schwer ist, den Niederschlag völlig von Substanzen zu befreien, die aus der starken Jodkaliumlösung Jod frei machen und so Wismut vortäuschen.

Es ergibt sich aus den eigenen Beobachtungen, daß es ratsam ist, den Harn vorgängig zu veraschen, wenn man das Wismut nachweisen will. Als Reagens ist die Lösung von Légar-Aubry am sichersten in der Handhabung. Die Veraschung wird am besten in derselben Weise vorgenommen, wie dies für die quantitative Bestimmung erforderlich ist. Das nachstehend beschriebene Verfahren schließt sich weitgehend der von H. Müller beschriebenen Methode an.

Der Harn (im allgemeinen 500 ccm) wird in einer Porzellanschale zum dicken Sirup eingedampft. Dann wird über dem Asbestdrahtnetz über direkter Flamme zuerst vorsichtig dann unter allmählicher Steigerung erhitzt, bis die Masse gleichmäßig verkohlt ist und keine Dämpfe mehr entweichen. Man läßt erkalten, versetzt mit 100 ccm Wasser und kocht auf. Die Flüssigkeit wird durch ein aschefreies Filter gegossen. Man prüft das Filtrat mit Jodchininreagens auf Wismut. Im allgemeinen fällt die Reaktion negativ aus. Andernfalls muß die wässerige Lösung bei quantitativem Arbeiten mit dem Säureauszug vereinigt werden (s. u.). Die Harnkohle samt Filter bringt man in einen geräumigen Porzellantiegel und erhitzt zuerst vorsichtig dann zu starkem Glühen. Die Veraschung geht so leicht vonstatten, und man erhält schließlich eine rein weiße Asche.

Akamatsu (2) hat sich bei seinen quantitativen Untersuchungen einer gravimetrischen Methode bedient. Die Organe wurden nach Fresenius-Babo verascht, das Wismut als Sulfid gefällt und auf einem Filter gesammelt. Nach Wiederauflösen in Salpetersäure wurde mit Ammoniak gefällt, nach dem Abfiltrieren durch Glühen in Wismuttrioxyd übergeführt und gewogen.

Dieses Verfahren war für den vorliegenden Zweck ungeeignet, weil die zu bestimmenden Wismutmengen zu klein waren. Brauchbar erwies sich eine Methode sehr ähnlich derjenigen, die H. Müller (5) erwähnt. Sie wurde folgendermaßen ausgeführt.

Die in der oben geschilderten Weise aus 500 ccm Harn gewonnene Asche wird mit 50 ccm verdünnter Salpetersäure versetzt und kurz aufgekocht. Man gießt durch ein gehärtetes Filter und wäscht mit angesäuertem Wasser nach. Das Filtrat wird auf dem Wasserbade zum Trocknen eingedampft. Der Rückstand wird mit 20 ccm verdünnter alkalischer Tartratlösung (20 ccm 10%ige Weinsäurelösung + 20 ccm 10%ige Natronlauge, mit Wasser auf 200 ccm aufgefüllt) aufgenommen. Die eigentliche Bestimmuug erfolgt kolorimetrisch. Die Ansätze werden in zwei 100-ccm-Mischzylindern hergestellt. In den einen gibt man die aus der Harnasche gewonnene Tartratlösung (wenn nötig, vorher zu filtrieren), in den anderen 20 ccm Wismut-Stammlösung (diese enthält in 5 ccm 1 mg Wismut). Beide Zylinder werden auf etwa 90 ccm mit destilliertem Wasser aufgefüllt und der Inhalt durchgemischt. Man gibt zu jedem Ansatz 5 ccm 20%ige Natriumsulfidlösung, ergänzt mit destilliertem Wasser zu 100 ccm und schüttelt kräftig durch. Der kolori-

Digitized by Google

metrische Vergleich wird mit Hilfe von Hehnerschen Zylindern vorgenommen.

Die Berechnung ergibt sich nach der Formel

$$x = \frac{h_1}{h_2} \cdot 0{,}4 \text{ mg},$$

wo h_1 die Schichthöhe der Vergleichslösung, h_2 diejenige der Harnaschenlösung angibt.

Die kolorimetrische Bestimmung als Sulfid ist in den praktisch in Betracht kommenden Grenzen (0,05—2 mg Bi) recht brauchbar. Das alkalische Medium bewirkt, daß die Ausflockung nicht so schnell erfolgt, wie sie in saurer Lösung eintreten würde. Eine Kontrollbestimmung, bei der 500 ccm normaler Harn mit 0,4 mg Wismut versetzt wurde, ergab bei der Bestimmung 0,378 mg. Bei mehreren Blindversuchen mit normalen Harnen trat keine bemerkbare Färbung des kolorimetrischen Ansatzes auf.

Wismutbestimmungen im Harn von Patienten, die mit Natriumtribismutyltartrat (6) behandelt wurden.

Es wurde zunächst die Frage untersucht, in welcher Höhe sich die Wismutausscheidung nach einer einmaligen intramuskulären Injektion von 50 mg des Präparates einstellt und ob bei Verabfolgung mehrerer Injektionen derselben Menge mit einem Abstand von drei bis vier Tagen eine erhebliche Zunahme der Ausscheidung zu bemerken ist. Leider mußte der Patient, der nur eine Injektion erhalten hatte, schon 6 Tage später entlassen worden; doch dürfte sich die weitere Ausscheidung in gleichem Sinne wie in den in der Literatur berichteten Fällen gestalten, d. h. sehr allmählich abklingen.

Da es sich bei den zur Verfügung stehenden Patienten zum Teil um ambulante Fälle handelte, waren nicht immer die gesamten Tagesharne zu erhalten. In diesen Fällen ist nur die in 500 cm Harn enthaltene Wismutmenge angegeben, während sonst aus dem Gehalt der Mischprobe auf die innerhalb 24 Stunden ausgeschiedene Wismutmenge umgerechnet wurde. Die Tagesportionen wurden stets von 6 Uhr nachmittags des vorhergehenden bis zur selben Zeit des bezeichneten Tages gesammelt.

1. Patient Ba. Am 22. III. einmalige intramuskuläre Injektion von 50 mg Bi 5.

Tag	Gesammelte Harnmenge	Wismut in 500 ccm Harn	Gesamtmenge Wismut
22. 3.	800 ccm	0,100 mg	0,160 mg
23. 3.	1100 „	0,166 „	0,365 „
24. 3.	600 „	0,461 „	
25. 3.	600 „	0,361 „	
26. 3.	250 „	0,628 „	
27. 3.	230 „	0,315 „	

Digitized by Google

2. Patient Ro. Malaria tertiana. Patient steht unter Chinintherapie. Mehrfache intramuskuläre Injektionen von Bi 5.

Tag	Wismut-Injektionen	Gesammelte Harnmenge	Wismut in 500 ccm Harn	Gesamtmenge Wismut
9. 2.	50 mg i. m.	560 ccm		—
10. 2.	—	430 „	0,280 mg	—
11. 2.	—	nicht gesammelt	—	
12. 2.	50 mg i. m.	930 ccm	0,318 „	0,591 mg
13. 2.	—	1290 „	0,333 „	0,774 „
14. 2.	—	1110 „	0,640 „	1,42 „
15. 2.	—	1410 „	0,364 „	1,07 „
16. 2.	50 mg i. m.	560 „	Analyse verunglückt	
17. 2.	—	330 „	0,379 mg	—
18. 2.	—	1100 „	0,182 „	0,400 mg
19. 2.	—	1350 „	0,211 „	0,570 „
14. 3.	—	800 „	nicht nachweisbar	

3. Patient Doe. Ulcus rodens (?). Mehrfache intramuskuläre Injektionen von Bi 5.

Tag	Wismut-Injektionen	Gesammelte Harnmenge	Wismut in 500 ccm Harn	Gesamtmenge Wismut
27. 2.	50 mg i. m.	360 ccm	—	—
28. 2.	—	1270 „	0,085 mg	0,216 mg
1. 3.	—	260 „	0,500 „	—
3. 3.	50 mg i. m.	820 „	0,200 „	—
4. 3.	—	1220 „	0,345 „	0,842 „
5. 3.	—	1350 „	0,152 „	0,441 „
6. 3.	—	1100 „	0,120 „	0,264 „
7. 3.	50 mg i. m.	600 „	0,203 „	—
8. 3.	—	1820 „	0,203 „	0,739 „
12. 3.	—	450 „	0,089 „	—
14. 3.	50 mg i. m.	700 „	0,187 „	—
16. 3.	—	1000 „	0,382 „	0,764 „

Aus den Harnuntersuchungen des ersten Falles ergibt sich, daß sich die Höhe der Ausscheidung vom zweiten Tage nach der Injektion ab auf einen Wert von 0,3—0,6 mg Bi in 500 ccm Harn einstellt. Das entspricht einer Gesamt-Tagesausscheidung von etwa 1—2 mg. Vergleicht man damit die Zahlen des zweiten und dritten Falles, so zeigt sich die überraschende Tatsache, daß die Ausscheidung nach mehrfachen Injektionen keineswegs eine Steigerung erfährt. Das Ausscheidungsvermögen der Niere für Wismut ist offenbar ein fest begrenztes, so daß wohl in der Regel die Niere die ihr jeweils zugeführte Menge nicht völlig zu eliminieren vermag. Fall 3 weist außerdem darauf hin, daß das Ausscheidungsvermögen auch individuell durchaus verschieden sein kann.

Um festzustellen, ob bei intravenöser Behandlung die Ausscheidung andere Gesetze befolgt als bei intramuskulärer Zufuhr, wurde auch ein solcher Fall zur Untersuchung herangezogen.

Digitized by Google

4. Patient La. Malaria tropica. Einmalige intravenöse Injektion von 15 mg Bi 5.

Tag	Gesammelte Harnmenge	Wismut in 500 ccm Harn	Gesamtmenge Wismut
5. 5.	1000 ccm	—	—
6. 5.	1100 „	0,168 mg	0,370 mg
8. 5.	1050 „	0,098 „	0,205 „
12. 5.	1200 „	0,360 „	0,864 „
13. 5.	2100 „	0,098 „	0,410 „
15. 5.	2100 „	0,103 „	0,433 „
20. 5.	1350 „	0,211 „	0,570 „
25. 5.	1050 „	0,160 „	0,336 „
29. 5.	610 „	0,239 „	—

Beim Vergleich dieser Zahlen mit denen der intramuskulären Fälle zeigt sich, das prinzipielle Unterschiede in beiden Fällen nicht bestehen. Entsprechend der geringeren Menge Substanz, die bei intravenöser Behandlung zugeführt wird, ist die Ausscheidung geringer, scheint aber auch hier von der maximalen Ausscheidungsfähigkeit der Niere abhängig zu sein. Weiterhin ergibt sich, daß auch bei intravenöser Zufuhr die Eliminierung des Wismuts sich auf einen langen Zeitraum erstreckt.

Literatur.

1. R. Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen, Bd. 2, 2. Aufl. Stuttgart 1906. — 2. M. Akamatsu, Acta scholae med. Kioto, 1921, Bd. 4, S. 295. — 3. H. Müller, Blass, Kratzeisen, M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 625. — 4. S. Dezani, Biochimica e therap. sperim., 1922, Bd. 9, S. 267. — 5. H. Müller, M. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1659. — 6. G. Giemsa und W. Weise, Kl. W., 1923, Nr. 27, S. 1258.

Aus der vorm. Prof. Lassarschen Klinik für Hautkrankheiten zu Berlin
(Leitende Ärzte: San.-Rat Dr. H. Isaac und weil. San.-Rat Dr. M. Friedlaender).

Veroform und Epithelan, zwei neue Präparate für die Dermatologie.

Von

Dr. med. M. Friedlaender, Assistenzarzt.

Mehr denn je erheischt es die Wirtschaftslage des deutschen Volkes, auf allen Zweigen des Lebens den Maßstab größtmöglichster Sparsamkeit anzulegen. Besonders ist dies aber auf dem Gebiete der Medizin geboten, wo wir uns befleißigen müssen, dem Kranken nicht nur gute und schnell wirkende, sondern auch möglichst billige Heilmittel zu verordnen. Unter unseren Arzneistoffen haben die Mehrzahl ganz erhebliche Preissteigerungen erlitten, und einige unter ihnen, besonders deren Rohprodukte wir aus dem Auslande beziehen müssen, sind in ihrem Preis sogar übermäßig teuer und fast unerschwinglich geworden. Um nur ein Beispiel anzuführen, nenne ich das Jod und seine Präparate. Aber auch unter den für die Heilkunst notwendigen und wichtigen Metallen sind etliche sehr teuer geworden. Zu ihnen zählt u. a. das Wismut. Dieses heute in der Syphilistherapie viel besprochene und verwendete Metall ist uns schon lange als ein gutes externes wie internes Mittel bekannt. In der Dermatologie spielt es seit geraumer Zeit als Dermatol oder Bismuthum subgallicum eine bedeutsame Rolle und schien bis-

Digitized by Google

lang für gewisse Hauterkrankungen nicht entbehrt werden zu können. Der sehr hohe Preis des Wismuts hindert nun heutzutage oft an der Verwendung von Bi-Präparaten. Es lag nahe, ein billigeres Ersatzpräparat zu suchen. Dieser dankenswerten Aufgabe haben sich die Orbis-Werke in Braunschweig mit Geschick unterzogen und ein neues Präparat unter dem Namen „Veroform" in den Handel gebracht. Mit den in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellten Versuchsmengen konnte ich eine Reihe von Patienten an unserem Institut mit günstigem Erfolge behandeln.

Veroform ist ein nach einem besonderen Verfahren hergestelltes basisches Bleiformiat-Hydroxyd. Es ist ein weißes, sehr feinkörniges, völlig geruchloses Pulver. Es verfärbt sich nicht am Licht und verursacht in Verbandstoff oder Wäsche keine Flecken. Es ist außerordentlich milde, ohne die geringste Reiz- oder Ätzwirkung. Veroform, auf erkrankte Hautpartien gebracht, zersetzt sich langsam unter dem Einfluß der Körpersäfte, indem es Sauerstoff und Formaldehyd abspaltet. Es wirkt also desinfizierend und bakterizid. Der natürliche Heilungsprozeß wird gefördert, Haut und Gewebe werden zur Neubildung angeregt. Veroform wirkt stark entzündungswidrig. Die bekannte gute Hautwirkung des Schwermetalls Blei, das im Veroform in völlig indifferenter Form enthalten ist, hält die behandelten und erkrankten Hautstellen dauernd steril. Veroform hat gute Tiefenwirkung, ist stark adstringierend, bleibt aber stets milde, kühlend, besänftigend. Es wird als reines Pulver einfach auf die erkrankten Stellen aufgestreut, und diese werden trocken verbunden. Der Verband wird täglich erneuert, ohne das alte Pulver abzuwaschen. Zu dicke Schichten wischt man vorsichtig herunter und streut wieder neu ein. Das Veroform kommt in verschiedener Verarbeitung in den Handel, als reines Pulver, als 20%iges Veroform-Bolus, als leicht parfümierter Hautpuder, als Hautcreme. Letztere Herstellungsart zeigt, daß Veroform sich auch in Salbenform verarbeiten läßt. Jedoch ist dieses nicht nötig und eignet sich Veroform als reines Pulver zur Behandlung von Hautaffektionen vorzüglich. Wünscht man eine Salbenwirkung, so tritt hier die Epithelansalbe in ihr Recht, die in Kombination mit Veroform Vorzügliches leistet. Ich habe die Behandlung so vorgenommen, daß ich die erkrankte Partie mit Veroformpulver einstreute, einen Mullstreifen mit Epithelansalbe bestrich und überdeckte, worauf dann mit einigen Bindentouren der Verband befestigt wurde.

Epithelan ist keine Mischung, sondern eine Verbindung hochwertiger Kohlenwasserstoffe, frei von schädlichen, chemischen Zusätzen. Es ist eine milde und reizlose Salbe, die gut epithelisierend wirkt. Zur Behandlung mit Epithelan eignen sich also am besten offene Wunden, Geschwüre und granulierende Flächen.

Ich habe nun Veroform bzw. Veroform in Verbindung mit Epithelan bei nässenden Ekzemen, ausgedehnten Ulcera cruris, intertriginösen Ekzemen sowie traumatischen Verletzungen und gewerblichen Schädigungen der Haut zur Behandlung angewandt. Bei einigen Fällen eines schon seit mehreren Wochen bestehenden nässenden Ekzems konnte ich mit schönstem Erfolge sowohl reines Veroformpulver als auch Veroform-Bolus anwenden. Die starke Entzündung ließ bald nach, das Nässen hörte auf in zwei, spätestens drei Tagen; die wunde Fläche begann sich zu ebnen, und an Stelle der kranken, schuppenden Hautfetzen begann sich frische, junge, gesunde Haut zu bilden. Eine Reizung oder Schmerzhaftigkeit, ein Brennen oder unangenehmes Kleistern habe ich nicht bemerkt. Sehr erfolgreich verwandte ich die Kombination von Veroform und Epithelan bei zwei Fällen hartnäckiger Ulcera cruris. Nachdem ich dieselben längere Zeit ohne rechten Erfolg mit Bädern, Dermatol und Schwarzsalbe behandelt hatte, ging ich zu Veroform und Epithelan über. Täglich wurde zweimal die Geschwürsstelle mit Veroform eingestreut und mit Epithelansalbe verbunden. Die Geschwüre, welche bislang wenig Tendenz zur Heilung gezeigt hatten, wurden zusehends kleiner und flacher. Die Sekretion von Eiter und Exsudat hörte sehr bald auf; die Geschwürsränder wurden weich und flach, und es begann aus der Tiefe eine rasche Epithelisierung. Auch die entzündliche und teilweise ekzematisierte Umgebung der Ulzera wurde günstig beeinflußt, so daß die Haut bald ihr normales Aussehen wieder gewann. Einen gleichen günstigen Heilerfolg in etwa zehn Tagen hatte ich bei einem tiefen, etwa markstückgroßen, traumatischen Ulkus des Unterschenkels, das ich kombiniert mit Epithelan und Veroform behandelte. Bemerkenswert ist noch, daß auch die Schmerzhaftigkeit der Wunde bald nachließ und dann ganz aufhörte.

Zur Verbesserung des Teints sowie zur Beseitigung von kleinen Hautunreinigkeiten, Mitessern, Blütchen, Pickeln usw. bewährte sich bestens Veroformcreme. Auch zur Einfettung der Hände nach vielem Waschen, beim Rauh- und Rissigwerden der Hände ist die Creme sehr geeignet und übt eine gute, heilende, mildernde und lindernde Wirkung

Digitized by Google

aus. In ähnlicher Weise bewährte sich der Hautpuder. Eine Schneiderin, die durch jahrelange Arbeit und die Angewohnheit, die Finger stramm über die Finger und den Handrücken zu ziehen, tiefe Rhagaden in die an und für sich rauhe und spröde Haut sich zugezogen hatte, konnte ich durch Veroformhautpuder in wenigen Tagen so bessern, daß die blutigen Risse sich schlossen und Arbeitsfähigkeit wieder eintrat.

Veroform in der Dermatologie erscheint mir also bestens da anzuwenden zu sein, wo wir bisher mit Dermatol oder Bismuthum subgallicum behandelten. Es dürfte als vollwertiges Ersatzpräparat gelten und hat daher auch seine gute Wirkung zur Austrocknung bei nässenden Ekzemen und Wunden aller Art. In der Natur der Sache liegt eine weite Verwendungsmöglichkeit des Veroforms, ebenso wie des Epithelans, das nicht nur in reiner Form als Salbe, sondern auch unter Arzneimittelzusätzen als Salbengrundlage sich eignen dürfte. Veroform und Epithelan verdienen einer weiteren Nachprüfung und auch weitgehendster Verwendung bei allen in das Gebiet des Ekzems resp. der Geschwüre schlagenden Erkrankungsarten der Haut.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Extragenitale Syphilisepidemie unter holsteinischen Landarbeitern, von O. GRÜTZ-Kiel. (D. m. W., 1923, Nr. 24, S. 782—785.) Durch gemeinsame Benutzung von Eß- und Trinkgeschirr und andere Gebrauchsgegenstände sind von einem genital infiziertem Arbeiter, der luetische Erscheinungen am Mundwinkel und der Schleimhaut des Mundes neben zahlreichen anderen luetischen Stigmata aufwies, 15 Personen infiziert worden, und zwar waren die Tonsillen in fast allen Fällen die Eingangspforte des Virus. Für das Problem, ob es verschiedene luetische Virusarten gibt und ob die Annahme eines neurotropen Virus berechtigt ist, wird die Beobachtung des Schicksals der genannten Pat. von Bedeutung sein. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Verhütung der syphilitischen Berufsinfektion, von JOH. FABRY-Dortmund. (M. Kl., 1923, Nr. 30, S. 1047—1048.) Bericht über Verhütung der Infektion bei einer Verletzung, die sich ein Arzt dadurch zugezogen hatte, daß ein mit Reizserum eines klinisch-typischen (Spirochäten-) Primäraffektes beschicktes Deckgläschen zerbrach und ein Splitter in den Finger drang. Unter Lokalanästhesie mit Adrenalin und Novokain wurde eine tiefe wiederholte Kaustik mit dem Spitzbrenner vorgenommen, der Finger in einer Lösung von Neosalvarsan 0,45 : 20,0 Wasser gebadet (noch wirksam wäre vielleicht Silbersalvarsan wegen der größeren Tiefenwirkung) und der Stichkanal mit Acid. carbol. liquefact. geätzt. Die WR war nach acht Wochen negativ. Intravenöse Salvarsaneinspritzung, die in einem solchen Falle auch berechtigt erscheint, war hier abgelehnt worden. Für den Schutz der Hände von Ärzten und ähnlich gefährdeten Personen wird bei Vorliegen kleiner Einrisse usw. neben Gummihandschuhen Einreiben von Ichthyol 2,0, Resorzin 0,5, Kollodium 15,0, Aether sulfur. 12,5 empfohlen. Die Behandlung mit intravenösen Salvarsaneinspritzungen allein bei Infektionsmöglichkeit durch mechanische Verletzung genügt nicht. E. Levin-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Fieber bei Syphilis (La fièvre dans la syphilis), von A.-F. PLICQUE. (Progr. Med., 1923, Nr. 16, S. 184—186.) Fieber im Primärstadium, besonders bei Primäraffekten des Mundes und Rachens durch Sekundärinfektionen. Es kann durch energische spezifische Behandlung sich zunächst steigern. In der Sekundärperiode kann es leicht verkannt und mit anderen Infektionskrankheiten verwechselt werden; auf spezifische Behandlung schwindet es schnell nach vorübergehender Exazerbation. Tertiäres Fieber findet sich

Digitized by Google

bei Lues congenita und bei Läsionen besonders der Leber, ferner des Nervensystems, des pleuropulmonalen Apparates, Nephritis, Meningoenzephalitis, oft mit erstem Auftreten der Erscheinungen. Therapeutisches Fieber findet sich als Frühreaktion nach der ersten Salvarsan- auch Hg-Einspritzung, als Intoleranzzeichen 3—4 Tage nach der ersten Salvarsaneinspritzung mit stärkeren Allgemeinerscheinungen als die Frühreaktion verbunden, in tardiver Form als Zeichen einer Intoxikation. Es erfordert im Gegensatz zu den vorgenannten Formen Aussetzen des Salvarsans, wiederholt sich bei weiteren Einspritzungen. Intoleranz- und Intoxikationsfieber werden in Stärke und Häufigkeit vermehrt durch Lösung in zu geringer Flüssigkeitsmenge, unreine Präparate, Indisposition des Patienten. E. Levin-Berlin.

Rezidivierender Schanker (Chancre Redux), von P. C. P. Ingram-Newport. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3261, S. 1091.) Bericht über drei einschlägige Fälle, von denen aber wenigstens einer als eine Reinfektion gedeutet werden könnte. Andererseits soll man, wo Reinfektion vorzuliegen scheint, an die Möglichkeit eines Rezidivs des Primärsyphilids denken, zumal wenn, worauf Hutchinson ja besonderes Gewicht gelegt hat, die Lokalisierung bei beiden Gelegenheiten dieselbe ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung des Icterus simplex (catarrhalis) vom Icterus syphiliticus, von Erich Klopstock, Derm. Abt. Buschke des R. Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 33/34, S. 1156—1157.) Es wurde versucht, eine Differenzierung mittelst der Blutkörperchensenkungsreaktion zu erreichen, die bei allen stärkeren degenerativen und entzündlichen Prozessen des Organismus (so auch bei Syphilis) beschleunigt ist, während sie beim Icterus catarrhalis, bei dem die erwähnten pathologischen Prozesse sehr gering sind, sich normal oder sogar verlangsamt zeigt. Soweit eine solche unspezifische Reaktion es ermöglichen kann, fand sich Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der Senkungsreaktion und dem klinischen Bilde. Nachprüfungen müßten zeigen, ob die Methode praktisch brauchbar ist.
E. Levin-Berlin.

Die Lues als ätiologischer Faktor für die Ulkusbildung in Magen und Duodenum, von P. Tselios, II. Med. Univ.-Klin. Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 31, S. 1080 bis 1082.) Das Ulcus ventriculi und duodeni stellt bei einer geringen Prozentzahl der Ulkuskranken eine trophische Störung der Magenwand nach luetischer Erkrankung der zuführenden Nervenbahnen dar, durch die die Magenwand für digestive und mechanische Reize leichter lädierbar wird. Eine gummöse Erkrankung als Ursache für die Ulzerationsprozesse konnte in keinem Falle mit Sicherheit festgestellt werden. Viel häufiger ist jedoch die Entstehung eines Mal perforant in Magen und Duodenum bei Tabikern. E. Levin-Berlin.

Erforschung der Syphilis bei Drüsen- sowie Knochen- und Gelenkerkrankungen (Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéoarticulaires), von Ménard und M. Mozer. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 26, 27, 29, S. 523 bis 528, 543—549, 587—590.) Feststellungen in dem Tuberkulose-Hospital Berck wesentlich an Kindern und jugendlichen Personen. Die Adenitiden, wobei die Verff. nur chronische Affektionen in Betracht ziehen, sitzen häufig am Halse, in der Gegend der Karotiden und der Submaxillargegend. Periadenitiden kommen selten vor; sie können lange bestehen, ohne daß es zu Abszedierung kommt. Eingetretene Ulzerationen sind diagnostizierbar durch die glatten, steil zugeschnittenen Ränder, den eitrigen Grund. Meist werden die langen Knochen befallen, besonders die Diaphysen; doch kommen auch bipolare Formen oder Panostitiden vor. In zahlreichen Abbildungen werden die radiologischen Befunde der Hyperostosen wiedergegeben. Die epiphysären Formen stehen in engem Zusammenhange mit der Gelenksyphilis. In Betracht zu ziehen sind bei der Diagnose andere Zeichen der Syphilis (Leber, Hutchinsonsche Trias, Hoden, Nerven, WR) und Familiengeschichte. Von besonderer Bedeutung ist das gleichzeitige Bestehen syphilitischer und tuberkulöser Affektionen; sogenannte Bastardformen wurden mit Sicherheit nicht beobachtet. Die Diagnose der Syphilis bei Tuberkulösen war öfter durch das allgemeine klinische Bild als durch die Symptomatologie der in Entwicklung befindlichen Läsion sicherzustellen. Auf das Schwinden der beschriebenen Syphilismanifestationen übt die Jod-Quecksilberbehandlung eine große Wirkung aus, auch bei alten Hyperostosen, doch war das Auftreten neuer Erscheinungen während oder nach der Behandlung keine Seltenheit. Die Salvarsanbehandlung wirkt bei ulzerativen Prozessen rapider, weniger schnell bei Hyperostosen; neue Eruptionen während der Behandlung wurden hierbei nicht beobachtet. Die Wirkung des Salvarsans ist eine mehr parasitizide, die des Jod-Hg eine mehr resolvierende, deshalb kombinierte Behandlung.

Digitized by Google

Schwinden der WR wurde gewöhnlich erst im Verlaufe einer längeren Behandlung von drei Jahren erzielt. Chirurgische Behandlung wird vollkommen verworfen.
E. Levin-Berlin.

Betrachtungen zum Kapitel der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von H. Pette, Univ.-Nervenkl. Hamburg-Eppendorf. (M. Kl., 1923, Nr. 33/34, S. 1147—1149.) Seit Einführung des Salvarsans haben sich die nosologischen Verhältnisse der zerebrospinalen Lues geändert; die früher bekannten Typen der gummösen Hirn- und Rückenmarkslues sind selten geworden, dagegen steht das Bild der mehr oder weniger akuten Meningitis an erster Stelle. Ungefähr 50% der Fälle zerebrospinaler Lues sind Frühlues des Zentralnervensystems (d. h. erste Erscheinungen weniger als ein halbes Jahr nach Infektion); auch bei den übrigen überwiegen kurzfristige Intervalle. Daher ist auch am häufigsten das akutmeningeale Bild mit seinen außerordentlich wechselnden Erscheinungen, bei dem jedoch trotz allgemein diffuser Ausbreitung Symptome bestehen können, die auf an zirkumskripten Stellen prävalierende Störungen hinweisen. Seltene Fälle können ganz akut mit Fieber einsetzen. In diesen und anderen unklaren Fällen ist die Lumbalpunktion von ausschlaggebender Bedeutung, und zwar ist von besonderer Wichtigkeit die WR, die, gegenüber den hier positiven Befunden, im Blut in 42% negativ war. Durchaus charakteristisch ist die Mastixkurve. Unbehandelte Fälle sind kaum jemals liquornegativ. Jeder Luetiker, der das Sekundärstadium erreicht, macht zu irgend einer Zeit seine Meningitis durch, deren subjektive Erscheinungen aber oft sehr gering sind. Von einer isolierten Erkrankung des Liquors zu sprechen, ist unberechtigt; wo kranker Liquor, da auch krankes Nervensystem. Stets handelt es sich um spezifische, bald mehr, bald weniger diffuse Erkrankung des mesodermalen Gewebes; die Unterscheidung der Fälle nach dem Grade der Liquorveränderung ist etwas Gekünsteltes; für das Weiterflackern des Prozesses ist die dem jeweiligen Organismus eigene Immunfähigkeit und die besondere Virulenz des Erregers maßgebend. Die Frühlues des Zentralnervensystems hat seit Einführung des Salvarsans zugenommen, was damit zusammenhängt, daß es nicht immer gelingt, alle Spirochäten tödlich zu treffen und daß mit dem Verschwinden des größten Teils der Erreger eine Abschwächung aller immunisatorischen Bestrebungen parallel geht. Auch bei sachgemäßer Durchführung der Behandlung kommen Versager vor; das zeigt, daß es das letzte Ziel sein muß, den Organismus in seinen Immunisierungsbestrebungen zu unterstützen.
E. Levin-Berlin.

Nervenlues und Aortitis luetica, von Felix Frisch-Wien. (Kl. W., 1923, Nr. 30, S. 1401.) Unter 115 Fällen von nachweislicher Nervenlues (Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis) konnte Verf. in 45 Fällen, d. h. in 39%, einen positiven Aortenbefund nachweisen, der aber nur zwei Pat. Beschwerden gemacht hatte. Zum Teil ist dieser merkwürdige Befund bedingt durch eine viszerale Sensibilitätsstörung einmal im Sinne einer Empfindungslähmung, andererseits im Sinne einer Störung der vasomotorischen Reflextätigkeit. Des weiteren ergibt sich, daß im Verlauf von luetischen Nervenerkrankungen auftretende spezifische Gefäßerkrankungen einen durchaus benignen Charakter tragen. Es scheint nach diesen Beobachtungen alles für einen Tropismus der Spirochäten zu einem der Keimblätter zu sprechen, während gleichzeitig die Virulenz für die anderen Keimblätter herabgesetzt ist.
E. Langer-Berlin.

Eine Vorlesung über die Diagnose und Behandlung der Hirnlues (A Lecture on the Diagnosis and Treatment of Cerebral Syphilis), von G. Riddoch. (Lancet, Bd. 205, Nr. 5210.) In der Form eines Fortbildungsvortrags bespricht der Verf. die Genese der Infektion und Entwicklung der Störungen, die allgemeinen klinischen Symptome wie Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel, die Lähmungen der Hirnnerven, psychische Veränderungen, Hemiplegie und Epilepsie, den Wert der Laboratoriumsmethoden und seine Art der Behandlung, die in der Verabfolgung von Novarsenobillon, Quecksilber und Jodkali besteht. Die Kuren müssen auch nach Eintritt der Besserung periodisch wiederholt werden. Die Salvarsandosis soll 0,6 als Einzelgabe nicht überschreiten.
E. Sklarz-Berlin.

Die Frühdiagnose der kongenitalen Syphilis, von Ed. Hofmann-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 23, S. 753—754.) Verf. betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung der kongenitalen Lues durch Nachweis der Spirochäten und serologische Untersuchung des Blutes der Mutter und des Retroplazentarblutes. Die regelmäßige Untersuchung des Retroplazentarblutes ermöglicht außerdem noch eine statistische Erfassung des Durchseuchungsgrades der Bevölkerung.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Kongenitale Syphilis und Sensibilisationserscheinungen (Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation), von P. Ravaut-Paris. (Pr. méd., 1923, Nr. 42, S. 473.) Verf. bringt einige Beispiele sehr frappanter Art von dem Bestehen einer besonderen Neigung zu Ekzemen und Urtikaria bei den Nachkommen, Kindern und Enkeln von Syphilitikern. Er nimmt an, daß die Syphilis der Vorfahren eine besondere Disposition zu dieser und vielleicht auch anderen Dermatosen bei den Deszendenten erzeugen kann, wenn es auch zur Zeit durchaus nicht aufgeklärt ist, wie sich dieser Vorgang vollzieht. Jedenfalls war der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung unleugbar. Auch manche Fälle von Asthma bei Jugendlichen scheinen hierher zu gehören, überhaupt Vorgänge, welche auf gesteigerte Sensibilisation zurückgeführt werden können. Serologische Untersuchungen bei 62 Fällen von Ekzem bzw. Urtikaria usw. ergaben viermal eine positive WR, nach Desmoulières sogar 40 mal. Ohne diese Ergebnisse als besonders beweiskräftig anzusehen, betont R. besonders den günstigen therapeutischen Effekt einer Calomelkur per os bzw. der Verabreichung des Liq. van Swieten und von Arsenik.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

c. Ätiologie und Diagnose.

Über den Nachweis der Spirochaeta pallida in Zervix und Urethra bei rezenter Syphilis, von Wilhelm Nölle. (Diss. aus der Univ.-Hautkl. Bonn, 1923.) Im Anschluß an frühere Befunde der Spirochaeta pallida von E. Hoffmann und Krulle auf den scheinbar normalen Tonsillenschleimhäuten latent Syphilitischer und an die Arbeiten von Friedländer und Dora Fuchs, die als erste mit einer zusammenfassenden Darstellung der Syphilisspirochäten auf den Schleimhäuten der Genitalorgane hervorgetreten sind, hat Verf. an der Bonner Hautklinik die mit rezenter Syphilis behafteten Patienten und Patientinnen, im ganzen 34, unter besonderer Berücksichtigung der mit Lues II behafteten Fälle einer genauen Prüfung ihres Urethral- bzw. Zervikalsekretes unterzogen. Es gelang ihm, zehnmal in der Urethra von 16 männlichen Kranken (1 Fall mit Lues I, 15 Fälle mit Lues II), 13 mal in der Zervix von 18 mit Lues II behafteten weiblichen Kranken, unter denen wiederum 5 Spirochäten in der Urethra beherbergten, einwandfrei Luesspirochäten nachzuweisen. Diese Befunde zeigen, daß die Spirochäten bei frischer Syphilis, bei der das Virus genügend Zeit hatte, sich im Körper auszubreiten, einen häufigen Befund in Urethra und Zervix darstellen, daß sie hier jedoch oft so spärlich auftreten, daß, um sie aufzufinden, eine völlige Abkratzung der Schleimhaut und eine genaue Durchsicht des so erhaltenen Materials nötig ist. (Autoreferat.)

Geruchsdiagnostik und Syphilis, von G. Müller-Bautzen. (D. m. W., 1923, Nr. 30, S. 987—988.) Verf., der absoluter Nichtraucher ist und infolge dieser Abstinenz einen feineren Geruchsinn sich bewahrt hat, führt zahlreiche Fälle an, die wegen irgend welcher nicht mit Lues zusammenhängender Beschwerden zur Behandlung kamen und einen für Syphilis typischen Geruch aufwiesen. Die weiteren Untersuchungen bestätigten regelmäßig die durch den Geruch gestellte Diagnose.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Diagnose der Syphilis durch den praktischen Arzt, von Zinsser-Köln. (D. m. W., 1923, Nr. 21, S. 674—676.) Verf. betont die Wichtigkeit der Kenntnis der Erscheinungsformen der Syphilis. Die Resultate der serologischen Untersuchungen dürfen nur zur Bestätigung der Diagnose herangezogen werden und dürfen niemals allein maßgebend sein.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur experimentellen Syphilisforschung. Bemerkungen zu den Arbeiten von Buschke und Kroó und von Steinfeld, von Wilhelm Frei-Breslau. (Kl. W., 1923, Nr. 27, S. 1263.) 1. Zu der Arbeit von Buschke und Kroó bemerkt der Verf., daß ähnliche Beobachtungen, wie sie die beiden Autoren an Rekurrensmäusen gemacht haben, von Brown und Pearce und von dem Verf. an syphilitischen Kaninchen vorliegen. Es hätte sich gezeigt, daß bei syphilitischen Kaninchen, die mit Salvarsan (Brown und Pearce) oder mit Quecksilber (Verf.) behandelt wurden, eine zweite Impfung anging in der Form eines erstmaligen Schankers. Dagegen waren erstmalig geimpfte und nicht behandelte Tiere refraktär gegen eine Wiederimpfung. 2. Gegenüber der Steinfeldschen Arbeit kann die Behauptung der besonderen Empfänglichkeit albinotischer Kaninchen nicht mit Sicherheit als erwiesen angesehen werden. Seine Versuchsanordnung lasse den Gedanken aufkommen, daß es sich nicht, wie Steinfeld annahm, um konstitutionelle Momente, sondern um akzidentelle handele. Für die Möglichkeit konstitutioneller Momente bei der leichteren Empfänglichkeit albinotischer Tiere spricht ein Versuch des Verf., in dem er zeigen konnte, daß bei einem Silberkaninchen-

Digitized by Google

stamm nach Syphilisimpfungen ins Gewebe Sekundärerscheinungen ungleich stärker und zahlreicher auftraten als bei anderen Tieren. E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von Buschke und Kroó-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 27, S. 1265.) Die Versuche am Kaninchen sind nicht so bindend wie die Ergebnisse bei der experimentellen Rekurrensinfektion der Maus, da bei dem Kaninchen die Immunitätsergebnisse nicht so eindeutig sind und großer Unsicherheit unterliegen. E. Langer-Berlin.

Superinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis. Bemerkung zu den Entgegnungen von Buschke und Kroó und von Frei, von J. Steinfeld-Heidelberg. (Kl. W., 1923, Nr. 28, S. 1314.) Verf. nimmt Stellung zu der Frage der Beeinflussung der Immunitätsverhältnisse beim Kaninchen durch die frühzeitige Exzision des syphilitischen Geschwürs. E. Langer-Berlin.

d. Serologie.

Die Zuverlässigkeit der Serodiagnostik der Lues in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett, von L. Handorn und F. Georgi-Heidelberg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 23, S. 898.) In verschiedenen Arbeiten der letzten Jahre wurde die Zuverlässigkeit der WR während Schwangerschaft und Wochenbett angezweifelt in dem Sinne, daß auch die Schwangerschaft imstande sein könne, eine positive WR herbeizuführen, wie dies bei Malaria, Scharlach usw. der Fall sein kann. Verff. haben nun 169 Schwangere systematisch durchuntersucht und konnten die Zuverlässigkeit der serodiagnostischen Methoden der Syphilis auch mit dem Armvenenblut Schwangerer, Kreißender und Wöchnerinnen aufs Neue bestätigen. F. Landauer-Berlin.

Ergebnisse 10 jähr. Luesuntersuchungen bei Mutter und Kind unter der Geburt und im Wochenbett, von Pankow-Düsseldorf. Verhandl. d. D. Ges. f. Gyn., XVIII. Tagung, Heidelberg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 26, S. 1031.) Verwendet wurde das Blut des retroplazentaren Hämatoms und das kindliche Nabelvenenblut. Im Gegensatz zu anderen Autoren (Opitz) fand Verf. an seinem reichen Material, daß die Geburt ein außerordentlich günstiger Zeitpunkt ist für die serologische Erkennung der Syphilis bei den Müttern. Bei 94% der untersuchten Frauen war die WR positiv. — Wesentlich ungünstiger sind die Ergebnisse bei den Kindern. Selbst bei Kindern, die mit deutlichen Zeichen der Lues geboren sind, fehlte die positive Reaktion nicht selten, so daß also der negative Ausfall der WR keinerlei Schlüsse auf die Gesundheit des Kindes erlaubt. Dagegen bekam Verf. niemals eine positive WR bei einem Kinde, dessen Mutter negativ reagierte. Praktisch kann man also intra partum die WR auf die Mutter allein beschränken; anzustreben ist jedoch, die Erkrankung möglichst schon zu Beginn der Schwangerschaft zu erkennen, um dann gleich eine möglichst energische Behandlung einzuleiten. F. Landauer-Berlin.

Über die Meinicke-Trübungsreaktion in der Geburtshilfe, von H. Thaler-Wien. Verhandl. d. D. Ges. f. Gyn., XVIII. Tagung, Heidelberg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 26, S. 1033.) Die Versuche wurden angestellt sowohl mit cholesterinhaltigem als auch mit cholesterinfreiem Extrakt. Bei der Anwendung von cholesterinhaltigem Extrakt wurden Syphilisfälle nicht immer erfaßt, während aber andererseits komplette positive, unspezifische Ausfälle, im Gegensatz zur WR, nicht vorgefunden wurden. — Günstigere Resultate gaben die cholesterinfreien Extrakte, mit denen vier sichere, Wassermann-negative Syphilisfälle eine positive Meinicke-Trübungsreaktion ergaben, bei denen aber umgekehrt bei der Anwendung des achtfach verdünnten cholesterinfreien Extraktes auch keine unspezifischen positiven Ausfälle vorkamen. F. Landauer-Berlin.

Spontane Abweichungen in der Stärke der Wassermannschen Reaktion (Spontaneous Variations in the Strength of the Wassermann Reaction), von I. R. Mörch und Th. E. Hess Thaysen-Kopenhagen. (Acta med. scandinavica, 1923, S. 111—131.) Unterschiede in dem Ausfall der Stärke der WR können einmal bedingt sein durch Verschiedenheiten im hämolytischen System und ferner durch Veränderungen im System selbst, die nicht spezifischer Natur zu sein brauchen. Dagegen scheint die Sigma-Reaktion nach Dreyer und Ward empfindlicher und verläßlicher zu sein. Die Sigma-Reaktion hängt wahrscheinlich von Stoffen ab, die nicht identisch sind mit denen, die die WR beeinflussen. B. Peiser-Berlin.

Beobachtungen bei der Wassermannschen Reaktion, von Kaethe Monferratos-Floros-Athen und Goro Sato-Osaka, Robert-Koch-Institut Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 23, S. 1072.) Polemik gegen den Aufsatz von Strempel über das gleiche Thema. Verff. konnten an dem serologischen Material des Koch-Institutes 1. bezüglich der Extraktfrage feststellen, daß Luesleberextrakte allerdings bei Verwendung von scharf eingestellten Lues-

Digitized by Google

leberextrakten mit Zusatz von Meerschweinchenherzextrakt die zuverlässigsten Resultate lieferten und daß die Verwendung von cholesterinierten Extrakten dem benutzten Luesleberextrakt unterlegen sei; 2. können die Verff. STREMPEL gegenüber nicht anerkennen, was die Einstellung der Ambozeptoren mit dem Besitz bekannten luetischen Materials zu tun hat. Es ist die exakte Einstellung jedes Ambozeptors möglich, wenn man sorgfältig gewaschene Hammelblutkörperchen und einwandfreies Meerschweinchenserum besitzt. Es ist nicht unbedingt nötig, 1000fach-wertige Ambozeptoren zu besitzen. 3. Verff. stehen auf dem Standpunkt, daß das Material in einer serologischen Untersuchungsstelle geeigneter zur Einstellung von Extrakten ist als das einseitige Material einer dermatologischen Abteilung, wenn auch die Zusammenarbeit von Klinik und serologischem Laboratorium die sichersten Resultate liefert. E. Langer-Berlin.

Die WASSERMANNsche Reaktion bei Scharlachkranken (The WASSERMANN Reaction in Scarlet Fever Patients), von G. E. CHRISTENSEN-Payson, Utah. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 16, S. 1118—1120.) Von den 110 Fällen von Scharlach waren insgesamt 10 Fälle positiv, jedoch nur mit dem cholesterinisiertem Antigen. Auch war die Reaktion nur vorübergehend. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das gelegentliche Vorkommen einer positiven Reaktion bei Scharlach ihren Wert für die Syphilisdiagnose nicht herabsetzt. F. Quasig-Hamburg.

Positive WASSERMANNsche Probe bei einem tödlich verlaufenen Fall von Malaria tertiana (Positive WASSERMANN Test in a Fatal Case of Estivo-Autumnal Malaria), von G. MC.CONNELL-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80. Nr. 16, S. 1123.) Beschreibung eines Falles von Malaria tertiana mit positiver WR, der klinisch keine Anzeichen für Syphilis bot, bei der Sektion aber eine typische luetische Aortitis zeigte. F. Quasig-Hamburg.

Die WASSERMANNsche Reaktion der Rückenmarksflüssigkeit. II. Mitteilung, von V. KAFKA, Psych. Univ.-Klin. Hamburg. (M. Kl., 1923, Nr. 26, S. 906—907.) Aus weiteren Untersuchungen mit aktivem und inaktiviertem Liquor ergab sich die Bedeutsamkeit des von EICKE und RIZZO beschriebenen Phänomens der Abschwächung der WR im Liquor infolge Inaktivierung bei 56° für bestimmte syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Bei der Paralyse ist die Abschwächung besonders deutlich, wenn bei positiver WR im Liquor die WR im Blut negativ oder fast negativ ist; doch muß das nicht der Fall sein. Man kann den Schluß ziehen, daß die die WR hervorrufenden Körper des Liquor zum guten Teil lokal gebildet werden und dann erst in das Blut übertreten. Die Liquoruntersuchungen scheinen darauf hinzudeuten, daß Lipoide die Ursache der WR bei Lues sind, daß sie die Labilisierung und Dispersitätsveränderung der Globuline bewirken, die außerhalb der Lues auch durch andere Faktoren hervorgerufen werden kann. Diese Globulinveränderung kann bei der Entstehung der WR eine Rolle spielen, muß es aber nicht. Die Lipoide sind im Liquor anscheinend auch ohne Zwischenschaltung der Globuline befähigt, das Komplement zu inaktivieren. Für das Zustandekommen des EICKE-RIZZOschen Phänomens mußten im wesentlichen thermolabile Lipoide verantwortlich gemacht werden, da die die Dispersität der Globuline erhöhende Wirkung der Inaktivierung bei 56° im Liquor nicht nachweisbar ist. E. Levin-Berlin.

Über den Mechanismus der serologischen Luesreaktionen, von RUDOLF STERN-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 30, S. 1411.) Verf. konnte durch seine Versuchsanordnung, die wegen ihrer Ausführlichkeit im Original nachzulesen ist, den Beweis erbringen, daß nur die Euglobuline es sind, die im Luetikerserum die den Ausschlag gebenden Veränderungen veranlassen. In 60 Fällen stimmte die WR und SGR der nach seiner Versuchsanordnung isolierten Euglobuline mit der Serumreaktion überein. Es ist denkbar, daß die Wirkung des luetischen Euglobulins im Gegensatz zu dem normalen auf einer Dehydrationsfähigkeit beruht. E. Langer-Berlin.

Beitrag zur Serodiagnostik der experimentellen Kaninchensyphilis, von E. ILLERT-Goddelau. (Kl. W., 1923, Nr. 25, S. 1168.) NOGUCHI hat gezeigt, daß beim Arbeiten mit aktiven Menschensera die unspezifischen Reaktionen fortfallen, wenn man statt der bisher üblichen Antigene solche nimmt, die protein- und glykogenfrei sind. Verf. hat diese Methode auch bei der experimentellen Kaninchensyphilis angewendet und gefunden, daß bei genauer Einhaltung der NOGUCHIschen Vorschriften eindeutige Resultate zu erzielen sind. Bei gesunden und andersartig infizierten Tieren fiel die serologische Untersuchung nach dieser Methode stets negativ aus, während syphilitische Tiere auch in fallenden Serummengen stets positiv reagierten. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Eine serodiagnostische Schnellmethode (HFR II) bei Syphilis, von H. Hecht-Prag. (D. m. W., 1923, Nr. 22, S. 715.) 0,1 ccm Rinderherzextrakt (1 g Substanz auf 5 ccm Alkohol) und 0,06 ccm 0,8%iges $CaCl_2$ werden geschüttelt, 20 Minuten stehen gelassen und 0,7 ccm $CaCl_2$ zugesetzt. Dann wird das zu untersuchende aktive Serum in Mengen von 0,01 ccm, 0,005 ccm und 0,0025 ccm hinzugefügt. Der Inhalt der Röhrchen wird gemischt und in ein Wasserbad von 45° C gestellt. Als Kontrolle dient ein Röhrchen mit Antigen und 0,7 ccm $CaCl_2$. Nach $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunden erfolgt die erste, $^1/_2$ Stunde später die zweite Ablesung. Positive Sera erscheinen klar, negative bleiben trüb. Positiver Liquor dagegen hemmt die Flockung und negativer Liquor zeigt starke Flockung. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Brauchbarkeit der Meinickeschen Reaktion (DM) zum Nachweis luetischer Veränderungen des Liquor cerebrospinalis, von Fr. Reichert-Jena. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 5, S. 328—331.) Die DM eignet sich nicht zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Der Grund hierfür ist entweder ein Qualitätsunterschied des Wassermann-Körpers im Liquor und Blutserum oder das Fehlen von Stoffen im Liquor, die das Zustandekommen einer sichtbaren Flockung ermöglichen. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit „Meinickes Trübungsreaktion". Zweite Mitteilung: Untersuchungen von aktivem Serum bei Zimmertemperatur, von Goro Sato, Serol. Abt. Inst. Robert Koch. (M. Kl., 1923, Nr. 33/34, S. 1160—1162.) Die Resultate der Meinicke-Trübungsreaktion nach der abgeänderten Methode (MTR³) waren in 85% mit der WR übereinstimmend, in 15% differierend. Die Zahl der positiven Reaktionen blieb bei sicherer Lues stark hinter der WR zurück; deshalb kann die Methode nicht als voller Ersatz der WR angesprochen werden, wenn sie ihr auch hinsichtlich der Spezifität kaum nachsteht. Jedenfalls stellt die MTR³ eine wesentliche Verbesserung der früheren Methodik dar, besonders auch wegen des fast völligen Fortfalles der unspezifischen Reaktionen. E. Levin-Berlin.

Eine Präzipitationsreaktion auf Syphilis (A Slide Precipitation Test for Syphilis), von A. H. Priestley. (Lancet, 1923, Nr. 5208, S. 1260.) Wiederum eine Modifikation der Serumreaktion auf Syphilis, und zwar der SGR, deren lange Dauer bekanntlich oft für rasche Kontrolle der WR ein Hindernis bildet. Die genauere Ausführung der einzelnen Reaktionsphasen muß im Original nachgesehen werden. M. Stern-München.

Eine weitere Studie über eine Niederschlagsreaktion auf Syphilis (A Further Study of a Precipitation Test for Syphilis), von C. Y. Wang und R. A. Basto-Hongkong. (Lancet, 1923, Nr. 5208, S. 1262.) Im Anschluß an ihre frühere Veröffentlichung berichten Verff. nun über 200 weitere Fälle, bei welchen ebenfalls die WR als Kontrolle ausgeführt wurde. In 96% der Fälle war Übereinstimmung beider Reaktionen vorhanden, in 4% (15 Fällen), welche 13 klinisch syphilitische und 2 Fälle unbekannter Art betrafen, keine Übereinstimmung. Die Resultate der Reaktion, bei welcher das Serum am Tage der Ausführung 20 Minuten lang bei 55° C im Wasserbad erhitzt wird — bezüglich der übrigen Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden — berechtigen zu dem Schlusse, daß diese Präzipitationsreaktion ebenso genaue und in manchen Fällen von Früh- und Spätsyphilis sogar genauer ist als die WR. Außerdem ist sie einfach in der Ausführung und erfordert eine nur ganz geringe Menge Serum, wie es leicht aus dem Finger entnommen werden kann. M. Stern-München.

Die Präzipitinreaktion bei der Diagnose der Syphilis (The Precipitin Test in the Diagnosis of Syphilis), von V. H. Moon-Indianapolis. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 21, S. 1502.) Der Verf. verwendete die von Herold angegebene Ringmethode, eine Modifikation des von Kahn empfohlenen Vorgehens. Sie gibt bei getrübten oder lipämischen Seren unsichere Resultate; insbesondere gibt Antigen, das 0,4% Cholesterin enthält, bisweilen mit nichtluetischen Seren positive Präzipitinreaktionen. Die Probe selber ist bei sorgfältigem Arbeiten empfindlicher als die WR. Sorgfältigste Ausprobung des Reaktionsoptimums der einzelnen Bestandteile ist vonnöten. Die Fülle der darin verborgenen Fehlerquellen bewirkt, daß die Methode nur in der Hand erfahrener Serologen zuverlässige Resultate liefern kann. E. Sklarz-Berlin.

Neue Technik der Ausflockungsprobe der Syphilis (New Technic for the Flocculation Test of Syphilis), von A. R. Casilli-Newark. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 15, S. 1068—1069.) Klares Serum wird bei 56° $^1/_2$ Stunde lang inaktiviert, danach Verdünnung 0,1 ccm Serum mit 0,9 ccm physiologischer Kochsalzlösung. 1 ccm dieses Gemisches wird dann zu 0,05 ccm reinem cholesterinisiertem Antigen (nicht verdünnt)

Digitized by Google

hinzugefügt, beides kräftig geschüttelt und bei 37° im Brutschrank stehen gelassen. Am besten abends ansetzen und morgens ablesen. Zur quantitativen Arbeit werden zwei Tuben genommen, von denen jede 0,05 ccm cholesterinisiertes Antigen enthält. In das erste Glas kommt dazu 0,2 ccm verdünntes Serum, in das zweite 0,1 ccm. Beide Mischungen werden kräftig geschüttelt und bei 37° im Brutofen 3 Stunden belassen. Danach Ablesung. Verf. hat gute Resultate mit seiner bisher nur kurz veröffentlichten Methode erzielt und regt zu Nachprüfungen an. F. Quasig-Hamburg.

Die kolloidalen Benzoe- und Goldproben der Zerebrospinalflüssigkeit (The Colloidal Benzoin and Colloidal Gold Tests of the Cerebro-spinal Fluid), von Hedley Duncan Wright und William Ogilvy Kermack. (Edinburgh med. J., 1923, Bd. 30, Nr. 8, S. 352—367.) Vergleichende Untersuchungen der beiden Proben bei anscheinend gesunden Personen sowie in Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems sowie Erkrankungen anderer Ätiologie ergaben, daß die Resultate nicht ganz eindeutig sind, und daß es nicht berechtigt erscheint, eine besondere Kurve als spezifisch für eine bestimmte Krankheit zu bezeichnen. Die Ergebnisse der Goldprobe erscheinen bei der Benzoeprobe in gleicher Weise; erstere ist vielleicht etwas empfindlicher. Präzipitation in einigen oder allen der fünf ersten Röhrchen bei der Benzoeprobe ist für syphilitische Affektion des Zentralnervensystems sehr verdächtig; je ausgesprochener die Präzipitation ist, um so eher ist auf einen aktiven Prozeß zu schließen. Doch sollte die Probe nur als Unterstützung der WR, nicht als Ersatz für diese dienen. Die Kurve scheint als Maßstab für die Aktivität des Krankheitsprozesses bei der progressiven Paralyse benutzt werden zu können. Ähnliche Erwägungen gelten für die Goldprobe. Der wirkliche Wert der Proben wird erst beurteilt werden können, wenn die zugrunde liegende Ursache der Präzipitation erkannt ist. E. Levin-Berlin.

e. Therapie.

Vorbeugende Salvarsanbehandlung bei syphilisgefährdeten Fällen, von H. Hecht-Prag. (D. m. W., 1923, Nr. 21, S. 676—677.) Im Gegensatz zu den Ausführungen von Schönfeld und Poehlmann empfiehlt Verf., Personen, die der Gefahr einer luetischen Infektion ausgesetzt waren, einer prophylaktischen Salvarsankur (3 mal 0,45 Neosalvarsan) zu unterziehen. Mitteilung von 5 Fällen, die durch vorbeugende Salvarsanbehandlung vor luetischer Infektion bewahrt geblieben sind.
F. Harry-Wiesbaden.

Goluthan, ein neues Prophylaktikum, von Priesnitz-Rüstringen. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 923.) Goluthan besteht aus einer 0,3%igen Sublimatsalbe in olivenförmigen Gelatinekapseln. F. Harry-Wiesbaden.

Ein neues Kombinationspräparat zur Prophylaxe gegen Gonorrhoe und Syphilis, von F. Harry-Wiesbaden. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 917.) Empfehlung eines neuen Kombinationspräparates, das aus Thymol, Tribrombetanaphthol und neutraler Grundseife besteht und mannigfache Vorzüge vor anderen im Handel befindlichen Präparaten besitzt. F. Harry-Wiesbaden.

Die moderne Behandlung der Syphilis congenita und ihre Resultate, von J. Bernheim-Karrer, Kant. Säuglingsheim Zürich. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 29, S. 681—684.) Die Syphilis congenita erfordert eine sehr energische, genügend lange fortgesetzte Behandlung, möglichst bis zum Schwinden der WR. Dieses Resultat wurde bei 9 von 17 Säuglingen erzielt; es kann, da es sich um ein Schwinden nach energischer Behandlung handelt, angenommen werden, daß bei den meisten definitive Heilung vorlag. Die Behandlung bestand in Neosalvarsan (möglichst intravenös in eine Kopfvene, sonst intramuskulär) beginnend mit 0,015 g pro Kilo und unter Umständen bis auf über das Doppelte steigend, sowie Kalomel 0,001 g pro Kilo, wegen der Vergiftungsgefahr durch nachträgliche plötzliche Resorption nicht häufiger als einmal in der Woche.
E. Levin-Berlin.

Die Salvarsanbehandlung der Säuglingssyphilis (Le traitement arsénical de la syphilis du nourrisson), von P. Gautier und A. Thévénod-Genf. (Rev. Suisse rom., April 1923, Nr. 4, S. 209—219.) Die intravenöse Salvarsanbehandlung hat sich bei der Lues congenita der Quecksilberbehandlung weit überlegen gezeigt, auch bei gleichzeitig bestehenden Ernährungsstörungen. Die Injektionen wurden in die Kopfvenen gemacht, 0,015 Neosalvarsan pro Kilo Körpergewicht. In den wassermann-positiven Fällen wurde aber auch nach mehreren Salvarsankuren bei sonst guter Entwicklung selten eine negative WR erreicht. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Die Syphilisbehandlung (Le traitement des syphilitiques), von Georges Cornaz-Lausanne. (Rev. Suisse rom., März 1923, S. 133.) Zusammenstellung der verschiedenen Behandlungsmethoden für die verschiedenen Stadien der Syphilis. 6 g Neosalvarsan in etwa 20 Injektionen gilt als Normaldosis einer Kur. Wismut als Ersatz des Quecksilbers wird empfohlen. Das Mittel der Wahl sind die Salvarsanpräparate.

A. de Lemos-Hamburg.

Spätresultate in der Syphilisbehandlung (Late Results in the Treatment of Syphilis), von H. H. Hazen. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 25, S. 1838.) Die schwierige Frage der Enderfolge bei der Syphilisbehandlung beantwortet H. auf Grund von 230 genügend lange beobachteten Fällen folgendermaßen. Es gibt keine befriedigenden Anhaltspunkte für die Ausheilung der Syphilis: die Rückfälle können auftreten, nachdem ein Patient keinerlei Symptome mehr gehabt hat und die WR 6 oder 7 Jahre lang negativ geblieben ist. Nicht alle Fälle von frühem Schanker werden durch die modernen Behandlungsmethoden geheilt. In manchen Fällen ist es möglich, daß die frühzeitige, intensive Salvarsanbehandlung die Entwicklung einer natürlichen Immunität verhindern und ein Rückfall kurz nach Aussetzen der Behandlung vorkommen kann. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß in den ersten Tagen des Auftretens des Schankers mit der allgemeinen Behandlung noch nicht begonnen werden soll, obwohl die Mehrzahl der Syphilidologen deren sofortigen Beginn empfehlen in der Annahme, die Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Zerebrospinalsyphilis kann sich noch zur Zeit eines manifesten Schankers entwickeln. Bei jedem Patienten sollte vor der zweiten Salvarsankur eine Rückenmarkspunktur vorgenommen werden. Eine provokative WR kann irreführen und sogar für den Patienten gefährlich sein, insofern ein Rückfall folgen kann; sicherlich kann ungenügende Behandlung zu dem gleichen Resultat führen. Eine unter genügender Vorsicht ausgeführte Luetinreaktion kann von gewissem Werte zur Beurteilung der Heilung sein. Die Erfolge der Behandlung bei Sekundärsyphilis sind oft überraschend gute, und zwar kann Salvarsan allein die Heilung bewirken. Salvarsan ist zur Heilung wichtiger als Quecksilber. Nur wenige Fälle von Spätsyphilis können, und zwar gelegentlich mit einem geringen Aufwand von Behandlung, geheilt werden. Die Mehrzahl der Fälle ist unheilbar. Intraspinale Behandlung kann oft noch zu Erfolgen führen, wenn intravenöse versagt hat.

M. Stern-München.

Autoserumbehandlung bei mit Syphilis komplizierter Pneumokokken-Meningitis (Autoserum Treatment of Pneumococcus Meningitis Complicated by Syphilis), von W. S. Horn-Fort Worth, Texas. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 16, S. 1124—1126.) Beschreibung eines solchen Falles, der nach der modifizierten Swift-Ellisschen Behandlung in Heilung ausging. Die Tecknik dieser Behandlung war folgende. 15 Minuten nach stattgehabter üblicher Salvarsaninjektion wird ein Aderlaß von 120—175 ccm genommen. Das Blut bleibt einige Stunden im Eisschrank stehen, bis sich das Serum abgeschieden hat. Letzteres wird in Dosen von 12—20 ccm abpipettiert und die Röhrchen versiegelt. Für den Gebrauch bei der Lumbalpunktion wird das Serum auf Körpertemperatur erwärmt und langsam mit der Luerschen Spritze injiziert, nachdem zuvor 30—50 ccm Spinalflüssigkeit abgenommen worden sind. Hochstellung des Fußendes des Krankenbettes 1 Stunde lang nach der Einspritzung. Dazu 1 Temperaturkurvenabbildung.

F. Quasig-Hamburg.

Quecksilberpulver zu Einreibungskuren gegen Lues, von E. Sklarz, Abt. Buschke-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1923, Jg. 64, H. 6, S. 253—254.) Prüfung eines von Wohlgemuth hergestellten Hg-Puders, bestehend aus Talkum, das mit 30% bzw. 50% metallischem Hg klinisch angewandt bei 40 Patienten mit sekundär-luischen Erscheinungen. Frauen erhielten 4 g, Männer 5 g, 20 Minuten dauernde Selbsteinreibung. Die Effloreszenzen bildeten sich in der Regel in der Zeit zwischen 5 und 29 Tagen gut zurück. — Fünf refraktäre Fälle. — Keine Beeinflussung der WR.

F. Jacobsohn-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis mit kolloidalen Quecksilberpräparaten, von L. Zweig-Dortmund. (D. m. W., 1923, Nr. 26, S. 851—852.) Während die Behandlung der primären und sekundären Lues mit Kalomel-Diasporal allein nicht ausreichend war, waren die Erfolge bei tertiärer und latenter Syphilis äußerst günstig.

F. Harry-Wiesbaden.

Spezifisch-unspezifische Behandlung der Lues, von Wolfgang Ostwald-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 27, S. 1233.) Besprechung des Präparates „Diphasol" vom physikalisch-chemischen Standpunkte. Es ist eine molekular-disperse Lösung eines kom-

Digitized by Google

plexen Quecksilbersalzes, die leicht diffundiert, dialysiert und ultrafiltriert und mit Serum nicht ausflockt. E. Langer-Berlin.

Dauerbeobachtungen nach Syphilisbehandlung mit Mischspritze (Neosalvarsan, Neosilbersalvarsan mit Novasurol und Cyasarsal) verglichen mit Dauerbeobachtungen nach Neosalvarsan und Hydrargyrum salicylicum, von G. Blümener, Städt. Krankh. Charlottenburg. (M. Kl., 1923, Nr. 31, S. 1084—1086.) Die Mischspritzenbehandlung mit Neosalvarsan-Cyarsal gab ein auffallend schlechteres Dauerergebnis als Mischspritzenbehandlung mit Novasurol und getrennte Behandlung mit Neosalvarsan und Hydrarg. salicyl. Die Dauerwirkung der beiden letzteren Methoden war annähernd die gleiche. E. Levin-Berlin.

Die Salvarsanfrage, von F. Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 31, S. 1105 bis 1106.) Als Veröffentlichung aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung ist ein Bericht erschienen über die am 14. Januar 1923 im Preußischen Landesgesundheitsrate stattgehabte Besprechung auf Grundlage der Referate von Jadassohn, Buschke, Heffter. Das Ergebnis war die Annahme von Anträgen, die die Notwendigkeit betonten, zwecks Nachweis von Fehlern stets die Fabrikationsnummern zu notieren, die Fabrikation staatlich zu beaufsichtigen, die Ärzte und Studierenden regelmäßig auf die Bedeutung dieser Maßnahmen hinzuweisen, Salvarsan nur aus staatlichen Depots zu beziehen. Ferner wurde noch von einer Anregung Buschkes Kenntnis genommen, bei der weiteren Forschung auf die die Naturheilungsvorgänge unterstützende Wirkung bisheriger und etwa neu zu findender Mittel erhöhten Wert zu legen. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Technik für intravenöse Injektionen konzentrierter Salvarsanlösungen, von Kowalski und Nikol.

Einige Bemerkungen zur Technik der intravenösen Eingießungen, von Skulski.

Einfache Methode der intravenösen Injektion der Präparate 606 und 914, von Guseff. (Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 15.) Während die drei erstgenannten Verff. genaue, für den Anfänger sehr empfehlenswerte Angaben über die Haltung der Finger und der Spritze geben, um durch richtige Injektion in die Vene den Patienten vor Schmerzen und Schwellungen zu bewahren, berichtet Guseff, daß er das Neosalvarsan in 1 ccm, das Salvarsan in 5 ccm, zweimal gekochtem Wasser aus der Wasserleitung auflöst und injiziert, ohne je unangenehme Zufälle beobachtet zu haben. A. Jordan-Moskau.

Untersuchungen über die Wirkungsweise des Neosalvarsans, von T. V. Simic-Belgrad (Georg-Speyer-Haus, Frankfurt a. M., Biol. Abt.: Chef: Kudicke). (Zschr. f. Hyg., 1923, Bd. 99, H. 4, S. 417—447.) Ausgehend von den zuerst von Ullmann festgestellten Verschiedenheiten in der Wirkung der Arsenverbindungen je nach der Art ihrer Einverleibung hat Verf. an Mäuseversuchen, deren Resultate durch Tabellen veranschaulicht werden, festgestellt, daß wesentliche Unterschiede bestehen in Hinsicht auf die Neosalvarsanwirkung, je nachdem, ob die Tiere mit Neosalvarsan vorbehandelt waren oder nicht, und ferner davon abhängig, ob die Behandlung intra- oder extravasal stattfand. Im Gegensatz zu den intravenös behandelten Tieren zeigten die extravasal behandelten Mäuse keine Wirkungsminderung infolge der Vorbehandlung. In Verfolgung schon von Ehrlich und Castelli geäußerten Vermutungen, daß das Neosalvarsan im subkutanen Zellgewebe stärker oxydiert wurde und daß gewisse Oxydationsstufen die eigentlich wirksamen Substanzen seien, hat Verf. das Neosalvarsan von vornherein dem infizierten Organismus in oxydiertem Zustand einverleibt. Als Ergebnis der sehr geistvollen Versuchsanordnungen zeigte sich, daß wahrscheinlich das wirksame Agens, in welches das Neosalvarsan im Organismus umgewandelt wird, das Oxyd des Neosalvarsans darstellt, da bei oxydiert einverleibtem Neosalvarsan eine sonst stets auftretende „latente Periode" ausbleibt, die bei stärkeren Verdünnungen zum Angreifen von Parasiten in vivo unerläßlich ist. Während Rekurrensspirochäten wahrscheinlich erst das Oxydationsprodukt aufnehmen, scheinen Trypanosomen schon das unveränderte Mittel aufzunehmen. F. Jacobsohn-Berlin.

Über Sulfoxylsalvarsan, von E. Galewski-Dresden. (D. m. W., 1923, Nr. 22, S. 712—713.) Das Sulfoxylsalvarsan ist schwächer als Silbersalvarsan, hat aber eine länger andauernde Wirkung. Es eignet sich besonders gut für leichtere Erscheinungen der sekundären sowie tertiären Lues, ferner für chronisch-intermittierende Kuren, für die Behandlung während der Gravidität und von seropositiver Lues latens, Tabes usw. Für eine Kur reichen 4 Injektionen von 8—12 ccm der 5%igen Lösung in Zwischenräumen von 10—12 Tagen aus. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Lues mit Sulfoxylsalvarsan, von Eugen Klopfer-Wiborg, Finnland. (M. Kl., 1923, Nr. 28, S. 978—979.) Nach den früheren Sulfoxylaten Nr. 1495 und 1882 ist ein neues Präparat 2203 (sowie das gleiche 2203a jodhaltig) hergestellt, das als 5%ige Lösung in Ampullen zu 8, 10 12 ccm versandt wird. Es ist unbegrenzt haltbar, ohne daß eine Abnahme des Heilwertes oder eine Zunahme der Toxizität eintritt. Seine Wirkung ist am besten bei manifester und latenter sekundärer und bei tertiärer Lues. Die Einspritzungen werden in Abständen von durchschnittlich 14 Tagen vorgenommen, unverdünnt oder mit 20—30 ccm Wasser verdünnt. Anfangsdosis 0,4, steigend auf 0,5—0,6, später auch 0,7, insgesamt 1,9—2,1. Die längeren Intervalle zwischen den Einspritzungen sind wegen der länger andauernden Remanenz geboten. Beobachtung der Nierenfunktion und eventueller Hautreizungen, die zweimal vorkamen, ist erforderlich. Der Einfluß auf die WR war meist unverkennbar, während sie bei dem früheren Präparat 1882 unverändert blieb. Dieses wird in Pausen von mindestens 8 Tagen zu 0,3—0,4—0,5—0,6, ausnahmsweise 0,7 angewendet, insgesamt 4,1—4,7. Die klinischen Erscheinungen schwanden prompt, Dermatitiden kamen vor.

E. Levin-Berlin.

Der therapeutische Gebrauch von Tryparsamid bei Nervensyphilis (The Therapeutic Use of Tryparsamid in Neurosyphilis), von W. F. Lorenz, A. S. Loevenhart, W. J. Bleckwenn und F. J. Hodges-Madison. (J. Am. m. Ass., Bd. 80, Nr. 21, S. 1497.) Tryparsamid ist das Natriumsalz der N-phenyl-glycinamid-p-arsenigen Säure und ist nach den Untersuchungen der Verff. besonders in Verbindung mit der Anwendung von Hg salicylicum bei frühen Paresen und anderen Formen von Nervensyphilis wirksamer als jede andere Medikation. Es wird vor allem für Fälle empfohlen, die sich als wassermannfest erweisen, sonstige Arsenikalien nicht vertragen oder durch schlechten Allgemeinzustand oder höheres Alter eine besonders vorsichtige Therapie angebracht erscheinen lassen. Die auffallende Besserung solcher Fälle hält nicht immer absolut an, ist klinisch beständiger als serologisch. Die Pat. vertragen die Kuren gut, Wiederholungen können ohne Bedenken erfolgen. Vorsicht ist bei Veränderungen der Retina usw. geboten, da das Mittel eine elektiv schädigende Wirkung auf den Sehapparat entfalten kann.

E. Sklarz-Berlin.

Über salvarsanresistente Lues, von M. Jessner, Univ.-Hautklin. Breslau. (M. Kl., 1923, Nr. 25, S. 857—859.) Der Begriff der Salvarsanresistenz soll auf die Fälle beschränkt werden, in denen die Manifestationen von Anfang an gar nicht oder auffallend schlecht und langsam reagieren, nicht die weiteren umfassen, in denen die WR positiv bleibt. Von Wichtigkeit ist die Art und Lokalisation der Erscheinungen: auffallend häufig finden sich psoriasiforme oder rhagadiforme hyperkeratotische Effloreszenzen der Handflächen sowie ein den spätsekundären Erscheinungen entsprechendes schon etwas serpiginöses Aussehen der Effloreszenzen. Auffällig ist ferner eine schlechte Verträglichkeit des Salvarsans. Von Bedeutung für die Beurteilung der Frage ist schließlich der Verlauf der Erkrankung bei miteinander nachweisbar zusammenhängenden Fällen, doch liegen hierbei die Verhältnisse ziemlich kompliziert je nach der Zeit, die die Infektion bei der Übertragung auf den Partner bei der ersten Person bereits bestand. Es kann möglich sein, daß der Stamm die Resistenz bei der Infektion der ersten Person noch nicht besaß, sondern daß sie sich erst bei dieser (z. B. durch Anbehandeln) entwickelt hat, also erst in einem späteren Zeitpunkte bei weiterer Infektion von Bedeutung werden kann.

E. Levin-Berlin.

Zur Verhütung des angioneurotischen Symptomenkomplexes bei Salvarsanbehandlung, von Oskar Salomon-Koblenz. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 923.) Aus Gründen der Ersparnis empfiehlt Verf., statt Afenil 10—20 Tropfen einer Stammlösung von Calc. chlorat., Aq. dest. āā der zu injizierenden Salvarsanlösung zuzusetzen.

F. Harry-Wiesbaden.

Salvarsanintoxikation und Staphylokokkenempfindlichkeit, von Franz Rosenthal-Berlin. (Klin. W., 1923, Nr. 31, S. 1460.) Dermatitiden bei 4 Patienten, die aus derselben Packung Salvarsan erhalten hatten. Ein Fall verlief tödlich. Das Exanthem ist um so schwerer verlaufen, je mehr anderes sonst nicht toxisch wirkendes Salvarsan später noch gegeben wurde. Verf. meint, daß in Fällen, bei denen durch ein schlechtes Präparat die Toleranzgrenze erst einmal herabgesetzt ist, weiterhin die Verabfolgung auch einwandfreier Präparate auf einen geschädigten Organismus trifft, der sonst für ihn nicht toxische Dosen nunmehr nicht vertragen kann. Gefährlich ist ganz besonders im Verlauf der Salvarsandermatitiden das Hinzukommen einer Staphylokokkeninfektion. Bezüglich der spontanen Heilerfolge durch schwere Salvarsandermatitis

Digitized by Google

(Buschke-Freymann) glaubt Verf., daß dieselbe Komponente, die schädigend auf das Körperprotoplasma wirkt, auch einen zerstörenden Einfluß auf das Plasma der Spirochäten habe. Zur Vermeidung unerwünschter Schädigungen und bei der Wichtigkeit, die hierbei der Leber zukommt, empfiehlt er regelmäßige Urobilinuntersuchungen vorzunehmen, um bei der Anzeige einer toxischen Leberschädigung sofort die Therapie zu unterbrechen. E. Langer-Berlin.

Hämorrhagische Diathesen nach Arsenobenzol (Les états hémorrhagiques postarsénobenzoliques), von E. Emile-Weil und Isch-Well. (Presse méd., 1923, Nr. 60, S. 657.) In der französischen Literatur ist verschiedentlich über das Auftreten von hämorrhagischen Zuständen nach Verabreichung von Arsenobenzol, namentlich nach Neosalvarsan, berichtet worden und gelegentlich über tödlichen Verlauf derselben. Verff. haben 10 Fälle beobachtet, davon 7 bei Frauen, 3 bei Männern. Rabut und Owry unterscheiden 4 Gruppen: a) isolierte, kleine Hämorrhagien, b) einfacher Purpuraausschlag mit oder ohne Hämorrhagien, c) Purpura rheumatica, d) akute hämorrhagische Purpura, und Verff. bezeichnen diese Aufstellung als zutreffend. Sie warnen dringend davor, beim Eintritt solcher Symptome die Arsenobenzolbehandlung fortzusetzen. Bismutpräparate sind dann vorzuziehen. Um von vornherein festzustellen, ob die Gefahr einer hämorrhagischen Diathese vorliegt, raten sie bei verdächtigen Fällen (Bestehen häufiger oder profuser Menstruationen) am Ohrläppchen einen Probeeinstich zu machen und die Dauer der Blutung zu kontrollieren (normal bis 3 Minuten), eventuell auch die Dauer der Blutgerinnung in vitro zu bestimmen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Arsen im Blut und Zerebrospinalflüssigkeit, von L. Brahme-Lund. (Act. Med. Scand., Suppl. V., 1923, S. 1—225.) Eingangs werden die Fragen über das normale Vorkommen des Arsens im Tierkörper, im Harn, über die Verteilung im Körper nach verschiedener Art von Arsenzufuhr und über die Ausscheidung ausführlich erörtert. Verf. kommt dann auf das eigentliche Thema, von dem die wichtigsten Einzelheiten hervorgehoben seien: Salvarsan zeigt mindestens während der ersten Stunden nach der Injektion keine größeren Veränderungen im Blute. (Farbenreaktion nach Abelin und eigene Untersuchungsmethoden.) Arsen kann man schon unter physiologischen Verhältnissen im Blut finden (Fischdiät!); in der ganzen Blutmasse etwa 0,1 mg. Die Arsenmenge erreicht im Blut erst nach einigen Tagen (6—10) Arsenzufuhr ihren Maximumwert, der einige Tage beibehalten wird, um dann langsam abzusinken, trotz weiterer Zufuhr von Liqu. kali. arsenicos. per os (lokale Immunität des Darmes, Resorptionsverminderung). Nach Neosalvarsaninjektion rasche Verminderung des Arsens im Blute während der ersten Stunden nach der Injektion, weil der Stoff besonders in den parenchymatösen Organen abgelagert wird, wahrscheinlich auch in Schleimhäuten und Hautepithelien. Die Arsenkonzentration im Blute nimmt mit der Größe der zugeführten Salvarsandosis und mit der Anzahl der Injektionen zu. Menge aber stets weniger als 0,001 mg per 10 ccm Blut. In den Liquor braucht das Arsen nach Salvarsaninjektionen keineswegs überzugehen, auch wenn die Meningen der Sitz entzündlicher Veränderungen sind; nach Zufuhr von Liqu. arsenic. kal. per os konnte Arsen bei Reizungssymptomen der Meningen im Liquor nachgewiesen werden. Die Menge ist prozentual größer, als nach Salvarsaninjektionen. Der Gehalt ist höchstens 35% der gleichzeitig im Blut vorgefundenen Menge und erreicht bei weitem nicht jene Mengen, die bei der intralumbalen Salvarsanbehandlung zur Verwendung gelangen (1—2 mg Salvarsan entsprechend).

H. Soltmann-Leipzig.

Wird in einem primär durchflossenen Kapillargebiet mehr Salvarsan zurückgehalten als in einem sekundär durchflossenen?, von Hermann Weyl-Frankfurt a. M. (Klin. W., 1923, Nr. 28, S. 1300.) Verf. machte Injektionen von Neo- bzw. Silbersalvarsan am Kaninchen und verglich den Arsengehalt der Organe bei jugularis- und karotisgespritzten Tieren miteinander. Dabei zeigte sich, daß in einem primär durchflossenen Organgebiet mehr Salvarsan zurückgehalten wird als bei einem sekundär durchflossenen. Bei dem Neosalvarsan ist diese Differenz nicht sonderlich groß und daher von keiner praktischen Bedeutung, während bei dem Silbersalvarsan (1 Fall) ein großer Unterschied zu verzeichnen war. E. Langer-Berlin.

Experimenteller Beitrag zur Wismuttherapie der Syphilis, von H. Ritz. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 24, S. 584.) Die mit Oleo-Bi „Roche" beim Menschen erzielten guten Resultate finden ihre Grundlage im Tierversuch. Es wurde bei Versuchen an der experimentellen Skrotumsyphilis des Kaninchens auch bei Einspritzungen von 10 ccm pro Kilogramm = 500 mg Bi eine toxische Grenze nicht erreicht. Als sicher

Digitized by Google

heilende Dosis erwies sich 0,5 ccm pro Kilogramm = 25 mg Bi. Es stellt sich danach der therapeutische Koeffizient auf mindestens 1 : 20, somit eine therapeutische Breite, wie sie bisher bei der Kaninchensyphilis nur bei dem Silbersalvarsan beobachtet wurde. Der Heilungsverlauf eines Falles ist in einer photographischen Beilage anschaulich dargestellt. E. Levin-Berlin.

Über weitere chemotherapeutische Studien mit Wismut und über ein hierbei gefundenes antiluetisch hochwirksames Bismutyltartrat, von G. Giemsa und W. Weise-Hamburg. (Klin. W., 1923, Nr. 27, S. 1258.) Verff. prüften 3 Grundtypen von Natriumbismutyltartraten bezüglich ihrer Toxizität und ihrer Heilwirkung auf experimentelle Kaninchensyphilis. Das erste Präparat ist ein schon früher beschriebenes Natrol, ein Dinatriumtartrat des Wismuts (Gehalt an Bi 12,5%), das zweite ist ein Natriumdibismutyltartrat, Bi 7 bezeichnet (Bi-Gehalt 63,65%), das dritte, Bi 5, stellt ein Natriumtribismutyltartrat dar (Bi-Gehalt 71%). Das toxische Prinzip dieser Präparate wird von dem Wismutanteil gegeben, und zwar ist im Tierversuch an Mäusen und Kaninchen die Mischung um so besser verträglich, je mehr die betreffende Verbindung an Wismut selbst enthält. Bei intravenöser Applikation stellte sich heraus, das hierbei die Präparate 10mal toxischer sind als bei intramuskulärer und subkutaner Anwendung. Bei leicht toxischen Gaben traten Vergiftungserscheinungen auf, deren erste Symptome Albuminurie war. Im Heil- und im Toxizitätsversuch zeigte sich, daß Giftigkeit und Heilwirkung von der Art und Weise der Verankerung des Metalls als toxophore Gruppe in dem organischen Komplex abhängig sind. Als wirksamstes Präparat zeigte sich Bi 5 besonders dem Natrol gegenüber. Im Mäuseversuch mit Rekurrensspirochäten und Naganatrypanosomen brachte es in höheren Dosen diese zum Verschwinden. Intravenös gegeben war es nicht nur 10mal toxischer als bei subkutaner Anwendung, sondern es wirkte auch etwa 10mal so stark auf die Spirochäten. Ferner zeigte sich, daß auch Bi 5 bei intravenöser Applikation eine gewisse Depotwirkung hat, indem das Mittel aus dem Blute verschwindet und von den Organzellen als „indirekte" Depots festgehalten wird. Die Wirksamkeit dieser indirekten Depots halten die Verff. für um so größer, da das Mittel nicht wie bei den lokalen Depots an einer Stelle abgelagert wird, sondern über den ganzen Organismus verteilt ist. Dadurch wird die bei den lokalen Depots bestehende Gefahr der Akkumulation vermieden. Trotzdem sollte man auch auf lokale Depots nicht ganz verzichten und diese zum Abschluß der Behandlung in Form von 1—2 intramuskulären Spritzen setzen. Hierfür kann man auch die wasserlöslichen Verbindungen vom Typus Bi 5 benutzen, da dieses sich in ein schwer resorbierbares überführen läßt. Über Versuche am Menschen wird an anderer Stelle berichtet.
E. Langer-Berlin.

Über die Wismuttherapie, von W. Richter-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 912—913.) Er wurden 65 Fälle mit Bismogenol und parallele Fälle mit Hg behandelt. Die spirochätrope Wirkung des Bi steht zwischen Hg und Salvarsan. In 2 Fällen wurde eine bessere Beeinflussung der Leistendrüsen durch Bismogenol als durch Hg beobachtet. Infiltrierte Papeln bildeten sich rasch zurück, ferner heilte ein Syphilom der Oberlippe, das sich im allgemeinen der Hg-Salvarsanbehandlung gegenüber refraktär verhält, nach der 12. Injektion ab. Gering ist die Beeinflussung der WR. Die Nebenerscheinungen (Albuminurie, Stomatitis) waren unbedeutend. Auffallend war die rasche Heilung in einem Fall von Aortitis luica mit ausstrahlenden Schmerzen, Kurzatmigkeit und Schwindelgefühl. F. Harry-Wiesbaden.

Die Behandlung von primärer Syphilis mit Wismutpräparaten, von W. Patzschke-Hamburg. (D. m. W., 1923, Nr. 30, S. 984—985.) Die Spirochäten schwanden meist nach 1—2 Injektionen von Cutren, in einzelnen Fällen erst nach 2—5 Injektionen. Die WR und SGR zeigte in 6 von 11 Fällen von seronegativer Primärlues nach Beendigung der reinen Wismutkur positive Schwankung. Verf. regt an, an kleinem Material zu prüfen, ob die primäre Lues durch Wismut allein geheilt werden kann. Geeignet dafür sind die Fälle, bei denen die Spirochäten nach 1—2 Injektionen schwinden und die Erscheinungen zurückgehen. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der Wismuttherapie der Lues, von J. Voehl-Frankfurt a. M. (Klinik Herxheimer). (Ther. d. Gegenw., 1923, Jg. 64, H. 6, S. 225—228.) Eigene Erfahrungen mit „Bismogenol Tosse". Spiroch. pall. verschwanden in der Zeit von 24 Stunden bis (vereinzelt) 14 Tagen nach der ersten Injektion. Gute Wirkung besonders auf hypertrophische Papeln und Plaques muqueuses. Häufige Herxheimersche Reaktion, die meist am 3. Tage p. i. ihren Höhepunkt erreicht hat und öfter eine urtikarielle Form einnimmt. Abheilung der Exantheme durch (vielleicht) Wismuttransport

Digitized by Google

aus dem Blut unter Pigmentierung. Besondere Erfolge bei Lues maligna, auch bei tertiären Syphiliden, dagegen schlechtere Beeinflussung der Seroreaktion als durch Salvarsan. F. Jacobsohn-Berlin.

Das Verhalten der Serumreaktion bei der Behandlung der Syphilis mit Wismut, von E. Nathan und H. Martin-Frankfurt a. M. (Klin. W., 1923, Nr. 22, S. 1016.) Die Prüfung einer zunächst auch kleinen Anzahl von Luesfällen, die nur mit Wismut behandelt waren, ergab bezüglich ihres serologischen Verhaltens, daß unter den seronegativen Primärfällen, bei denen rechtzeitig mit einer intensiven Wismutbehandlung begonnen war, in 80,8% eine positive Schwankung der Seroreaktion auftrat. Unter den allein mit Wismut behandelten seropositiven Fällen konnte in 19,2% trotz einer sehr energischen Therapie ein Negativwerden der anfangs positiven WR nicht erreicht werden. Der quantitative Rückgang des Serumtiters erfolgte ganz gleichmäßig, aber langsamer als bei der bisher üblichen Therapie. Trotz der recht beachtenswerten Resultate der Wismutbehandlung bei sekundärer Lues warnen die Verff. vor allzu ausgedehnter Behandlung mit Wismut allein bei seronegativer Primärsyphilis.
E. Langer-Berlin.

Beobachtungen über die Wismuttherapie der Syphilis, von B. Bäcker, Stephans-Spital Budapest. (Ther. d. Gegenw., 1923, Jg. 64, H. 6, S. 228—232.) Erfahrungen mit Bismoluol (Chem. Fabrik G. Richter), Dikaliumbismutotartarikum, 10% Suspension in Ol. Paraffini. Erfahrungen an 51 Kranken, 437 intragluteal en Injektionen. Starke Herxheimersche Reaktion, deshalb Vorsicht bei „Encephalitis luetica". Einmal nach einer Injektion intensive Kopfschmerzen und Ikterus. Daher bei Neurorezidiven vom Verf. nicht angewendet. Von Nebenerscheinungen hat Verf. nur einmal transitorische Albuminurie gesehen, häufiger Gingivitis, die aber benigner ist als die nach Hg. Ulzera sind selten und heilen leicht. Der Wismutsaum ist nicht bleibend. — Gute Erfolge, besonders bei syphilitischer Phimose, „geradezu phänomenale" bei Sekundärerscheinungen, gute Heilwirkung bei Lues III. F. Jacobsohn-Berlin.

Bemerkungen zur Wismutbehandlung der Syphilis. Über die Bedeutung des Wismutsaumes des Zahnfleisches, von G. Lumme, Städt. Obdach Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 31, S. 1083—1084.) Der nicht seltene Wismutsaum stellt gewissermaßen eine Tätowierung von innen her dar, von der befürchtet werden muß, daß sie stabil bleibt. Es wird damit dem Träger ein auch für andere Personen leicht bemerkbares und nicht zu verdeckendes Zeichen einer voraufgegangenen Syphilis angeheftet. Die Behandlung dürfte daher im allgemeinen — solange kein Mittel besteht, den Saum zu vermeiden — nur nach Aufklärung des Kranken über die möglichen Folgen stattfinden.
E. Levin-Berlin.

Über Mundschleimhauterkrankungen bei Bismogenolbehandlung, von Ulrich Boelsen, Derm. Univ.-Klin. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1923, Nr. 22/23.) Bei 32 Fällen blieben 41% ohne Erscheinungen, 44% zeigten Zahnfleischsaum, 9% außerdem umschriebene Pigmentflecke und Gingivitis, 6% Stomatitis ulcerosa. Ätiologisch bedeutsam ist Größe und Abstand der Dosis, Zustand des Mundes und der Zähne, Mundpflege. Die durch Wismut verursachten Erscheinungen treten in bestimmter Folge auf: Verfärbung der Schleimhaut (Saum, und zwar zuerst an Stellen, an denen das Zahnfleisch schon leicht gereizt war, besonders an den unteren Inzisivi, dann umschriebene Pigmentflecke gegenüber oder in der Nachbarschaft eines Zahnrestes, einer entzündeten Stelle der Schleimhaut), später auf diesen Stellen sekundär entzündliche Läsionen in Form von Gingivitis, die lokal bleiben oder allgemein werden kann. Stomatitis ulcerosa nur bei sehr vernachlässigter Mundhöhle, mit stärkeren funktionellen Symptomen. Die umschriebenen Ulzerationen zeigen durch stahlgrau pigmentierten Hof die Entstehung aus Pigmentierungen an. Wismut ist stets im Urin nachweisbar, bei schweren Fällen wurde leichte Albuminurie beobachtet. Die Wismutpigmentation entsteht durch intravasale, intrazelluläre Fällung von Wismut durch Schwefelwasserstoff, das Epithel bleibt von dem Pigment völlig verschont, das sich reichlich in der Kutis findet. Die Entstehung der Stomatitis isi stets abhängig von vorher bestehender Läsion des Epithels. Das Primäre bei der Entstehung des Wismutsaumes ist eine mechanische Verstopfung der Kapillarschlingen, daraus resultiert Störung der Nutrition, Schwächung der Wiederstandsfähigkeit der Epidermis. Durch Bakterienwirkung werden dann die toten Zellmassen zerstört, es kommt zu Gewebszerfall: Gingivitis-Ulzerationen auf Pigmentflecken. Die Behandlung muß vor allem prophylaktisch sein, bei Gingivitis Unterbrechung der Kur, Desinfektion der Mundhöhle sowie die auch sonst üblichen Pinselungen.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Hautausschläge nach Wismuteinspritzungen (Les éruptions consécutives aux injections de produits bismuthés), von A. Galliot. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 25, S. 509—510.) Erytheme nach Wismuteinspritzungen sind erst mit zunehmender Anwendung der verschiedenen Präparate bekannt geworden. Sie können schon nach der ersten oder nach späteren Einspritzungen auftreten, sind sehr polymorph. Man kann 4 Gruppen unterscheiden: a) schwere, exfoliierende generalisierte Dermatitis; b) skarlatiniformes Erythem; c) papulo-squamöses Erythem; d) mehr oder weniger generalisiertes urtikarielles Erythem. Der Ausschlag kann sich mit anderen Intoxikationserscheinungen kombinieren. Nach Aussetzen der Einspritzungen schwindet er, um bei weiterer Behandlung in gleicher Form und Lokalisation wieder aufzutreten. Er ist auf Störungen von Drüsensekretion zurückzuführen, bes. Leberinsuffizienz. In einem Falle gelang Kupierung durch kleine Dosen von Leberextrakt. E. Levin-Berlin.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Der verborgene Tripper der Frau (La blennorrhagie discrète de la femme), von Léon Bizard. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 24, S. 488—489.) Es werden darunter chronische Formen ohne jede Symptome verstanden. In Betracht kommt auch die Übertragung von Keimen auf einen gesunden Mann, die die Frau von einem kranken Manne empfangen hatte, ohne selbst zu erkranken. Die Schlupfwinkel der verborgenen Keime sind besonders die Skeneschen Gänge, Ausführungsgänge der Bartholinschen Drüsen, seltener das Collum uteri; diese Stellen müssen bei Infektionsverdacht häufig untersucht werden. Die Infektiosität dieser Fälle ist sehr gering. Das Urteil über Fehlen der Infektiosität und darauf beruhendes Attest muß mit großer Vorsicht abgefaßt werden. E. Levin-Berlin.

Metastatischer Tripper (Metastatic Gonorrhoea), von Th. Horder-London. (Lancet, 1923, Nr. 5209, S. 1304.) Vom anatomischen Standpunkt aus teilt H. Gonokokkeninfektionen in fünf Kategorien ein: 1. Primären Infektionsherd: Harnröhre, Gebärmutterhals, Konjunktiva usw. 2. Die Zone lokaler Ausbreitung: Prostata, Samenbläschen, Nebenhoden, Endometrium, Tuben, Bauchfell usw. 3. Septikämie, d. i. allgemeine Blutinfektion ohne Herdveränderungen. 4. Pyämie, d. i. allgemeine Blutinfektion mit solchen und 5. Herdveränderungen (lokale Erscheinungen) ohne Allgemeininfektionen, d. i. metastatischer Tripper: Die gewöhnlichste Form der letzteren ist unzweifelhaft der allgemein als „Tripperrheumatismus" bezeichnete, wozu Arthritis, Fibrositis, Bursitis, Myositis gehören, dann Knochen- und Knorpelaffektionen (Periostitis und Osteomyelitis), die relativ selten sind, Augenerkrankungen (Iris und Konjunktiva); die blennorrhoische Iritis ist wahrscheinlich neben der Streptokokkeninfektion die häufigste Iritisform. Das Herz ist sehr wahrscheinlich in vielen Fällen affiziert, und manche Fälle von einfacher Mitralinsuffizienz sind auf blennorrhoische Infektion zurückzuführen. Bezüglich peritonealer Erkrankungen ist festzustellen, daß sie bei Frauen häufiger wie bei Männern sind und es sich hierbei nicht um eine wirkliche Metastase, sondern um Weiterschreiten der Infektion von den Tuben aus handelt. Was die Pathogenese der Metastasen betrifft, so ist wahrscheinlich, daß bei lokaler Ausdehnung, z. B. auf das Bauchfell, die Lymphgefäße eine Rolle spielen, während bei den wirklichen Metastasen die Infektion vom Blutstrom aus stattfindet. Der direkte bakteriologische Beweis, daß eine verdächtige blennorrhoische Metastase wirklich eine solche ist, gelingt oft sehr schwer, vielmehr jedoch der indirekte mittels der Agglutinations- oder noch besser der Komplementfixationsmethode: von Fällen im akuten und subakuten Stadium waren 47%, von chronischen Fällen 73% positiv, von zweifelhaften 60% positiv. Prognostisch ist der chronische Verlauf und die Neigung zu Rückfällen bei den blennorrhoischen Metastasen von schwerwiegender Bedeutung. Verf. sah z. B. einen unzweifelhaften Fall blennorrhoischer Iritis 14 Jahre nach der scheinbar völlig geheilten Primäraffektion auftreten. Das Überwiegen von Sekundärinfektionen durch Strepto- und Staphylokokken, Diphtherie- und Kolibazillen ist bekannt, und diese Neigung macht blennorrhoische Infektionen um so hartnäckiger und schwerer zu behandeln. Bei der Behandlung ist das erste Prinzip Drainage des Primärherdes und seiner lokalen Ausbreitungszone, was natürlich völlige Beherrschung der Urogenitalchirurgie erfordert. Weitere Hilfsmittel sind spezifischer und nichtspezifischer Natur: Gonokokkusantigen ist von erwiesenem Werte, ebenso die Gonokokkenvakzine (entgiftete und Immunogen);

Digitized by Google

hier wäre auch Broughton Alcox' Methode, lebende Gonokokken intravenös zu injizieren, zu erwähnen. Die nichtspezifischen Hilfsmittel schließen alle bekannten Methoden zur Hebung der allgemeinen Widerstandskraft ein. M. Stern-München.

Die blennorrhoische Iritis (L'iritis gonococcique), von Rollet und Colrat. (Lyon méd., 1923, Bd. 132, Nr. 10, S. 423—433.) Gelegentlich zweier in der Lyoner Ophthalmologischen Gesellschaft vorgestellter Fälle wird ein Überblick über die Häufigkeit, die symptomatologischen Eigentümlichkeiten, die Pathogenese, die unter Umständen bestehenden diagnostischen Schwierigkeiten und ihre Behebung (Untersuchung von Prostata und Samenblasen, Komplementablenkungsreaktion von Bordet-Gengou) und die Behandlung gegeben, bei der die Serum- und Vakzinetherapie besonders wirksam ist. Das Bestehen einer speziellen blennorrhoischen Iritis, deren okuläre Erscheinungen aber nichts Besonderes haben, kann nicht bestritten werden. Sie kann im Früh- und Spätstadium des Trippers auftreten und ist im allgemeinen gutartig; ein Teil der als rheumatisch aufgefaßten Fälle dürfte ihr zuzurechnen sein. E. Levin-Leipzig.

Gonokokkeninfektion der Niere mit spontaner Genesung (Gonococcal Infection of Kidney with Spontaneous Recovery. Report of Case), von R. L. Dourmashkin und H. Cohen-New York. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 15, S. 1052.) Seltener Fall von linksseitiger Nierenblennorrhoe bei einem 28jähr. Mann. Die Erkrankung begann einen Monat nach Auftreten des Harnröhrentrippers. Die urologische Untersuchung, die gleichzeitig einen therapeutischen Erfolg bedeutete, zeigte Hydronephrose und blennorrhoische Harnleiterentzündung nebst Striktur. Spontane Heilung.

F. Quasig-Hamburg.

Ein möglicher Irrtum in der Diagnose der Gonokokkeninfektion der Niere mit Bericht über einen verdächtigen Fall (A Possible Mistake in the Diagnosis of Gonococcal Infektion of the Kidney, with Report of a Suspected Case), von Ch. H. de T. Shivers-Atlantic City. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 19, S. 1359—1361.) Seltener Fall von Niereninfektion mit Micrococcus catarrhalis, der mit eitrigem Ausfluß aus der Harnröhre einherging, so daß Verdacht auf Tripper bestand. Erst die sorgfältige bakteriologische Untersuchung klärt den Fall auf. Nach Ansicht des Verf. handelte es sich um eine hämatogen entstandene Niereninfektion.

F. Quasig-Hamburg.

c. Therapie.

Über Sulfoxylatsalvarsan in der Urologie, von W. Karo-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 26, S. 904—905.) Bei Einspritzungen in die Harnröhren werden auch unverdünnte Lösungen gut vertragen. Durch 4—6 Tage hindurch wiederholte tägliche Einspritzungen von 5 ccm, 10 Minuten lang, gelang Kupierung frischer unkomplizierter Blennorrhoe nicht, jedoch wurden ältere Fälle und Urethritis posterior durch zweitägige Instillationen von 10 ccm neben der sonst üblichen Behandlung günstig beeinflußt. Bei Colizystitis scheinen Blasenspülungen in 10—100facher Verdünnung spezifisch zu wirken; hier können auch Instillationen unverdünnt angewendet werden, ebenso bei Pyelitis.

E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung des Trippers mit dem Gonorrhoebougie nach Dr. E. Dannemann, von X. Miller-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 28, S. 980.) Die wasserlöslichen Stäbchen, deren Lösungsdauer eine langsame ist, enthalten 0,15% Arg. colloidale c. Natr. gall., 0,45% Argent. proteinic., 0,1% Arg. sulf.-Ichthyol. und 0,3% Hegonon. Vorteilhaft neben der langsamen Löslichkeit ist die Kombination mehrerer Silberpräparate, die, auch sonst schon empfohlen, hier in eine haltbare Form gebracht ist. Verwendet werden täglich 1—2, später 3—4, im Endstadium wieder 1—2 Stäbchen. Angeblich gute Erfolge (irgend welche näheren Angaben auch über Nachkontrolle fehlen vollkommen) bei akuter und chronischer Blennorrhoe und Urethritis und weiblichem Tripper. Komplikationen nur selten. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. November 1923 | Nr. 45/46 | Band 77

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien (Vorstand: Prof. Dr. G. Riehl).

Die Indikationsstellung zur Röntgentherapie verschiedener Ekzemformen.

Von

Dr. Herbert Fuhs, Assistent.

Die von Hahn und Albers-Schönberg inaugurierte Röntgenbehandlung des Ekzems hat bis zum heutigen Tage durch zahlreiche Autoren wie Scholtz, Freund, Neisser, Holzknecht, Kienböck, Lassar, F. M. Meyer, E. Hoffmann, Wetterer, H. E. Schmidt u. v. a. vielfache Ergänzungen und Verbesserungen erfahren.

Riehl und seine Schüler haben in früheren Jahren der Röntgentherapie des Ekzems gegenüber eine reservierte Haltung eingenommen. Die vielen schweren Schädigungen, die zu dieser Zeit durch Bestrahlung der Ekzeme mit den damals meist verwendeten, wenig penetrierenden, ungefilterten X-Strahlen erzeugt worden sind, mußten die Anwendung dieser Therapie bei einer Krankheit, die man durch andere Methoden ohne Schädigung zur Heilung bringen konnte, zu besonderer Vorsicht mahnen. Dazu kam die Erfahrung, daß Ekzemrezidive in bestrahlten Fällen späterhin sich nicht selten hartnäckig gegen jede sonstige Therapie erwiesen.

Inzwischen hat nicht bloß die ganze Bestrahlungstechnik, sondern auch die Erkenntnis der biologischen Wirkung der X-Strahlen große Fortschritte erzielt, die uns veranlaßt haben, die Resultate zahlreicher, zum Teil bereits obenerwähnter Autoren in der Ekzembehandlung mit Röntgenstrahlen einer Prüfung an unserem klinischen Material zu unterziehen.

Wir haben in den letzten Jahren im ganzen 128 Ekzempatienten der Klinik therapeutisch bestrahlt, darunter vor allem:

Gewisse Formen von chronischem Ekzem, die bereits eine geraume Zeit jeder systematischen medikamentösen Behandlung mit den gebräuchlichen Arzneimitteln trotzten; weiter Ekzeme, die eine auch nur wenige Wochen dauernde, eben erwähnte Therapie aus äußeren Gründen nicht gestatteten; endlich rasch und häufig rezidivierende Ekzeme, bei denen bisher eine Verminderung der Zahl der Nachschübe und damit Verlängerung der freien Intervalle trotz sonstigem befriedigendem Ansprechen auf Umschläge und Salben nicht erzielt werden konnte.

Digitized by Google

Bei der Besprechung unserer Ergebnisse soll auf die Frage der Berechtigung der Abtrennung einzelner Typen von dem älteren Hebraschen Ekzembegriff nicht weiter Rücksicht genommen werden, da die gebrauchten Bezeichnungen für alle Dermatologen genügend charakteristisch und verständlich sind.

Wir verwendeten ein für allemal eine harte Strahlung ($\lambda_0 = 0{,}15$), ungefähr entsprechend einer parallelen Funkenstrecke von 27 cm, gefiltert durch 0,5—1 mm Aluminium und applizierten davon durchschnittlich 2—3 H, bei Kindern und Individuen mit besonders zarter, wenig pigmentierter Haut (Rothaarigen und Blonden) etwas weniger (0,5—1 H), also etwa die von Holzknecht und Lenk angegebene Dosierung. Die einzelnen Serien wurden in Pausen von je 2—4 Wochen mehrmals verabreicht. Im ganzen wurde mit 1—6 Bestrahlungen pro Feld, entsprechend der Reaktionsweise des Individuums, der Schwere des Falles und der Empfindlichkeit der Haut das Auslangen gefunden. Von einer prophylaktischen Nachbestrahlung abgeheilter Ekzemherde, durch die u. a. Wetterer und E. Hoffmann eine besonders lange Rezidivfreiheit erreichten, wurde Abstand genommen. Neben den recht günstigen Behandlungserfolgen der rein symptomatischen Röntgentherapie veranlaßte uns dazu vornehmlich die Absicht, jede auch noch so geringe für die Zukunft eventuell verhängnisvolle Kumulation von X-Strahlen nach Tunlichkeit zu vermeiden.

Eine harte Strahlung, die u. a. auch Wetterer, Gunsett, H. Meyer empfahlen, wurde aus diesen und früher genannten Erwägungen der sonst zumeist angewendeten, mittelweichen, ungefilterten (E. Hoffmann, Mac Kee, Jadassohn, Schmidt, Ritter, Stümpke u. a.) vorgezogen.

Eine Strahlung von einer Grenzwellenlänge ($\lambda_0 = 0{,}150$) enthält an sich schon eine relativ geringere Menge weichen und weichsten Röntgenlichtes. Nach dem Vorgehen von Fr. Schultz, F. Meyer, Kuznitzky und Schäfer, Holzknecht, Lenke u. a. suchten wir auch diese noch ebenso wie die weniger penetrierende Sekundärstrahlung an der metallbeschlagenen Wand älterer Röhren durch Vorschaltung schwacher Filter nach Möglichkeit zur Absorption zu bringen.

Von den beiden wichtigsten Verlaufsformen des Ekzems, der akuten und der chronischen, wurde im allgemeinen nur letztere der Röntgentherapie unterzogen. Nur in einem einzigen unserer Fälle haben wir davon eine Ausnahme gemacht:

39jähr. Pat., mit ödematöser polsterartiger Schwellung der beiden Handrücken. Darin sind zahlreiche Knötchen für den darübergleitenden Finger tastbar; Rötung und Schwellung der Haut der Interdigitalfalten, der Vola und Beugeflächen der Finger, sowie blasige Abhebung der weißlichen gequollenen Epidermis. Diagnose: Perakutes dyshidrotisches Ekzem der Hände. Wegen starker häuslicher und geschäftlicher Beanspruchung der Frau, die eine längere Umschlag- und Salbenbehandlung nur schwer ermöglicht, wird im September 1920 ein Versuch mit einer ganz kleinen Röntgendosis (1 H durch 0,5 mm Al) unternommen. Daneben Borumschläge. Nach einer schnell vorübergehenden Exazerbation des Juckreizes und der Entzündungserscheinungen rasche Abnahme des Ödems, Abstoßung der oberen Epidermislagen und Restitutio ad integrum im Verlauf von 10 Tagen. Im Juni 1923 zeigt die bestrahlte Haut der Pat., die seither rezidivfrei war, völlig normales Aussehen.

Trotz der guten Wirkung einer schwachen Bestrahlung im gegebenen Falle, sowie mehrfach recht befriedigenden Erfolgen von Schreus,

Digitized by Google

Wetterer u. a. erscheint uns die Röntgentherapie bei akuten Ekzemformen im Gegensatz zu Schreus, der sie sogar auch bei akuten Ekzemherden von Säuglingen empfiehlt, immerhin etwas gewagt. Wir stimmen darin mehr Wetterer bei, der ungeachtet der guten Resultate wegen der enormen Empfindlichkeit des akuten Ekzems gegenüber Röntgenstrahlen zur Vorsicht mahnt. Auch F. Meyer hat in einem Falle nach der Bestrahlung ganz erhebliche Verschlimmerung gesehen. Nach wie vor dürfte daher die akute Form Hauptdomäne einer möglichst reizlosen antiphlogistischen und Trockentherapie bleiben.

In der Röntgenbehandlung des chronischen Ekzems ist wohl vor allem ein Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen zu machen. Während wir zunächst das Ekzem der Kinder, besonders kleiner Kinder, von der Röntgenbestrahlung überhaupt ausschlossen, haben die an zwei Fällen der letzten Zeit gemachten Erfahrungen unseren Standpunkt geändert.

Bei den Kleinen im Alter von 2 und $2^1/_2$ Jahren bestand ein äußerst hartnäckiges, beständig rezidivierendes, nässend krustöses Ekzem des behaarten Kopfes bzw. des Gesichtes. Da eine mehrmonatige konsequente Durchführung der sonst an der Klinik üblichen und fast stets wirksamen Therapie trotz beständiger Überwachung des Kindes und möglichster Ausschaltung von Reiben und Kratzen nicht zum Ziele führte, wurden probeweise schwache Dosen harter gefilterter X-Strahlen verabfolgt. Bereits nach den ersten beiden Bestrahlungen (Dosis: 0,5 H durch 0,5 mm Aluminium) sistierte für kurze Zeit Nässen und Krustenbildung, um bald in allerdings geschwächtem Maße wiederzukehren. Nach der dritten bzw. vierten Serie, die ebenso wie die früheren in Pausen von 2 Wochen gegeben wurde, war Restitutio ad integrum erzielt. Während der Strahlenbehandlung erhielten die kleinen Pat. nur Borwasserumschläge, die früher ebenso wie Salben keinerlei wesentlich bessernden Einfluß auf das Ekzem gezeigt hatten. Irgend welche Schädigungen, wie Störung des Allgemeinbefindens oder Irritation der Haut unmittelbar nach der Bestrahlung konnten bei diesen kleinen Dosen nicht beobachtet werden.

Wir können somit die bei einer allerdings viel größeren Zahl von Kindern gewonnenen guten Erfahrungen Jadassohns mit der Röntgenbehandlung hartnäckiger chronischer Kinderekzeme nur bestätigen. Wir wollen indes auch nun mit Wetterer diese Art der Therapie nur bei jenen Fällen angewendet wissen, die auf gewöhnliche Behandlung nicht in absehbarer Zeit zum Schwinden zu bringen sind. Unter Einhaltung aller Kautelen stellt die Bestrahlung bei Kindern eine wesentlich unterstützende Bereicherung der Ekzemtherapie dar. Bei höchstens 3—4maliger Wiederholung in den genannten Intervallen scheint diese Art der Bestrahlung auch auf der ekzemkranken Kopfhaut, bei der erfahrungsgemäß viel eher als an der gesunden Haarausfall zu erzielen ist., noch keine temporäre Epilation zu verursachen.

Die Ekzeme von Erwachsenen universeller Natur oder mit ausgedehnter Dissemination von Herden über Kopf, Stamm und Extremitäten wurden zum Teil überhaupt nicht, zum Teil nur an umschriebenen, besonders widerstandsfähigen oder intensiv befallenen Stellen bisweilen der Röntgenbestrahlung zugeführt. Zu einer Bestrahlung des ganzen Körpers konnten wir uns nicht entschließen. Dürfte doch sicherlich eine mehrmalige Durchbestrahlung des ganzen Körpers mit

Digitized by Google

stärker penetrierenden Strahlen trotz der kleinen, schwach gefilterten Dosen keinen ganz ungefährlichen Eingriff für den Organismus spez. sein hämo- und lymphopoetisches System darstellen. Außerdem konnte bei 6 Pat. mit stark disseminiertem, zum Teil nässend krustösem, chronischem Ekzem des Körpers unter entsprechender Bestrahlung höhergradiger Ekzemherde an den Extremitäten glatter Rückgang der minder intensiven Erscheinungen auch an den nicht bestrahlten Hautpartien des Stammes unter indifferenter Pastenbehandlung beobachtet werden. Ähnliches ist ja übrigens längst von der Ekzemtherapie mit Umschlägen, Salbenverbänden usw. bekannt (Kreibich).

Die überwiegende Mehrzahl der behandelten Fälle (119) betraf regionäre chronische Ekzeme, und zwar waren nahezu alle Formen wie vesikulöse, nässende, krustöse, squamöse, sykosiforme, lichenifizierte, tylotische und rhagadiforme darunter vertreten. Indes überwogen die nässend krustösen und trocken infiltrierten schuppenden bei weitem. Der Lokalisation nach wurden hauptsächlich Ekzeme der Hände und Vorderarme, Unterschenkel und Füße, des Gesichtes, intertriginöse Ekzeme der Axilla, Submammar-, Nabel- und Analgegend sowie des Genitales und der angrenzenden Partien von Perineum und Oberschenkel bestrahlt.

Bis auf wenige Ausnahmen reagierten sie unabhängig vom Stadium sowie der Lokalisation der Herde ziemlich prompt auf X-Strahlen. Nach einer bei vielen Fällen kurz vorübergehenden Frühreaktion mit Verstärkung des Juckreizes und Zunahme der Entzündungserscheinungen konnte durchschnittlich nach 2—3 Serien der früher erwähnten Dosis Aufhören des Nässens bzw. Rückgang der Infiltration und Schuppenbildung sowie Überhäutung von Rhagaden konstatiert werden. Nur bei einer kleinen Reihe von Patienten waren mehr als 3 Bestrahlungen bis zur Abheilung des bestehenden Rezidivs notwendig.

Dabei ist hervorzuheben, daß die von Unna als Eczema seborrhoicum bezeichnete Variation des Ekzems besonders prompt auf X-Strahlen reagierte, und zwar auch dort, wo sie sich gegen die sonst zumeist allein schon wirksame antiseborrhoische Therapie mit Schwefel und Resorzin in Umschlägen, Salben und Pasten längere Zeit refraktär verhalten hatte.

Abgesehen von der bisweilen auftretenden harmlosen Frühreaktion unmittelbar nach der Bestrahlung wurde jede noch so geringe Reaktion sorgfältig zu vermeiden getrachtet. Wenn hin und wieder eine dunklere Pigmentierung einer bestrahlten Ekzemstelle und ihrer nächsten Umgebung auftrat, wurde die Behandlung entweder ganz abgebrochen oder, wenn nötig, nur in sehr großen Abständen noch 1—2mal wiederholt. Die nässenden Ekzeme erhielten in der ersten Zeit nach der Bestrahlung noch indifferente Umschläge, trockene, infiltrierte und schuppende erweichende reizlose Salben. Im weiteren Verlaufe der Behandlung wurde diesen sowie den restlichen Patienten keine Nebenbehandlung zuteil. Zur Linderung des etwa in der ersten Zeit noch bestehenden Juckreizes und zur Reinigung der Haut an Stelle des verbotenen Wassers und Seife wurde $^1/_2$%iger Salizylalkohol verordnet.

Digitized by Google

Die tunlichste Ausschaltung der medikamentösen Therapie bes. mit differenteren Mitteln bezweckte einerseits, eine schädliche Sensibilisierung der an sich empfindlichen ekzematösen Haut gegen X-Strahlen zu vermeiden, andererseits deren therapeutischen Einfluß unbeeinträchtigt durch andere Maßnahmen zu studieren. Überdies erwies sich eine, allerdings nur milde, unterstützende Salben- und Pastenbehandlung neben der Bestrahlung zwar nicht schädlich, aber auch nicht von wesentlichem Nutzen.

Nur zwei Ekzemformen zeigten sich im allgemeinen auch gegen mehrfache Röntgenbestrahlung nahezu refraktär, so daß schließlich nach 4—6 erfolglosen Serien zumeist die Behandlung auf die übliche medikamentöse Art fortgesetzt wurde, um Spätschädigungen zu vermeiden.

So wiesen inveterierte, infiltrierte squamöse, vereinzelt auch nässend krustöse Unterschenkelekzeme älterer Leute auf variköser Basis mit Hämorrhagien und rötlichbraunen Pigmentflecken als Überreste solcher nur selten eine Rückbildung, höchstens nur eine unbedeutende Besserung auf Röntgenstrahlen auf.

In einem Falle trat sogar 2 Wochen nach der 3. Serie an einer Stelle der ekzematös veränderten Haut ohne ein nachweisbares Trauma ein typisches Ulcus cruris auf. Da es weiter keine Schmerzen verursachte, sonstige Symptome eines Röntgengeschwüres nicht zeigte, keine entsprechende Reaktion vorausgegangen war und unter blanden Salben und Zinkleimverbänden binnen drei Wochen abheilte, kommt bei seiner Entstehung wohl höchstens eine dispositionsschaffende Wirkung der X-Strahlen in unserem Falle in Frage. Nichtsdestoweniger genügte diese Beobachtung, um in der Folge derartige chronische Unterschenkelekzeme von der Röntgentherapie auszuschließen. Hatten ja auch die übrigen bestrahlten Fälle ohne derartige Folgen wenig ermutigende Heilergebnisse gezeitigt.

Unter 8 Patienten mit tylotischem rhagadiertem Ekzem an Palmae und Plantae wurden nur zwei mit leichtgradigen Erscheinungen an den Hohlhänden durch 4 Bestrahlungen nennenswert gebessert. Nach Schwinden des Juckreizes und der hauptsächlichen keratotischen Veränderungen und Überhäutung der Rhagaden blieben eine mäßige Infiltration und Schuppung zurück. Die übrigen 6 Patienten zeigten nach 4—6 Bestrahlungen bis auf Überhäutung der Rhagaden und Linderung des Juckreizes keine Rückbildungstendenz der Ekzemherde — im Gegenteil, es konnte sogar teilweise eine kleine Verschlimmerung in Form zunehmender Trockenheit und Sprödigkeit der ekzematischen Haut wahrgenommen werden. Diese Beobachtung veranlaßte uns, von einer Weiterbestrahlung nach einer längeren Erholungspause für das Gewebe abzustehen, da wir nicht etwa durch Kumulation der Dosen dauernde Funktionsschädigung der Schweißdrüsen, abgesehen von anderweitigen Schädigungen (Teleangiektasien, Atrophien) riskieren wollten. Zudem bietet eine längere Zeit erfolglos bestrahlte Haut auch für eine weitere medikamentöse Behandlung vielfach späterhin ein völlig refraktäres Verhalten.

Es erweist dies u. a. das Beispiel eines Kollegen, der in früheren Jahren wegen einem ihm im Beruf sehr lästigen Ekzem dieser Art andernorts mehrfach einer Bestrahlung, allerdings mit höheren Dosen weicheren ungefilterten Röntgenlichtes, unterzogen wurde. Nach einer nur ganz vorübergehenden jeweiligen Besserung wurde das Ekzem stationär. Es sprach nun auch auf erweichende Salben und Pflaster (Diachylon,

Digitized by Google

Empl. salicyl. saponat.), die früher ihm temporäre Erleichterung brachten, kaum mehr an. Bei der letzten Beobachtung boten die mittleren Anteile der Handteller bereits Zeichen von Teleangiektasien und Atrophie, während die Haut der Beugeseiten der Finger und die peripheren Partien der Palmae eine starke Trockenheit und Rissigkeit an den entzündlichen rhagadierten und keratotischen Ekzemstellen angenommen hat. Daß dieser Zustand für den Patienten in Ansehung seines ärztlichen Berufes viel unerträglicher war, braucht wohl kaum betont zu werden.

Wetterer, der wie wir im Gegensatz zu anderen Autoren (Schmidt, Schreus u. a.) äußerste Hartnäckigkeit der tylotisch rhagadiformen Ekzeme feststellen konnte, empfahl dagegen Vorbehandlung mit 1—2 intensiven Quarzkompressionsbestrahlungen (50 Minuten Dauer), um die Zugänglichkeit der Herde für die Röntgenstrahlen durch aktive Hyperämie zu erhöhen. Darauf sollten höhere Dosen, 8—10 H einer stärker gefilterten Strahlung (4 mm Aluminium) folgen. Eine derart kräftige Sensibilisierung schien uns bei jenen torpiden Ekzemformen doch etwas zu gewagt.

Wir haben daher ohne vorherige Quarzbelichtung nur mit den von Wetterer angegebenen Dosen hoch gefilterter X-Strahlen zwei Fälle bestrahlt, doch mit ebenso geringem Heilerfolge wie die geschilderten. Wir beschränkten uns daher bei dieser Ekzemvariation im allgemeinen auf die gewöhnliche Mazerations- und Ätzbehandlung. Nur bei umschriebenen kleineren Herden der Palmae und Plantae erzielten wir mit der Radiumbehandlung (0,5—1 Milligrammstunden ungefiltert) binnen wenigen Sitzungen ein schnelles Schwinden der lästigen subjektiven und objektiven Symptome.

Ein anfänglich refraktäres Verhalten mancher sonst gut reagierender Ekzemformen gegen die Röntgenstrahlen kann zuweilen durch ein dispositionsschaffendes Grundleiden wie Gicht, Diabetes u. a., bedingt sein.

So zeigte ein zunächst äußerst hartnäckiges, heftig juckendes, intertriginöses Ekzem am Genitale bei einer 28jähr. Patientin mit vorübergehender Exazerbation ihres Diabetes trotz mehrfacher Bestrahlung erst allmähliche Abheilung, als durch das entsprechende Diabetikerregime die hohen Zuckerreste auf ein Minimum reduziert worden waren.

Übrigens können solche Ekzeme bei entsprechender Kombination von externen Umschlägen und Salben und interner, speziell diätetischer Therapie der Röntgenbehandlung vollkommen entbehren.

Von einer Bestrahlung der Ekzeme des Kapillitiums von Erwachsenen haben wir bisher Abstand genommen, da sie in der Regel auf die übliche medikamentöse Behandlung bei Berücksichtigung eventuell ätiologischer Noxen (Pedikulosis, Seborrhoe) binnen absehbarer Zeit mühelos zum Schwinden gebracht werden können.

Wenn in den obigen Ausführungen geflissentlich nicht von einer Heilung, sondern nur von einem Schwinden bzw. Beseitigung der Ekzemsymptome gesprochen wurde, so geschah dies aus der Erwägung, daß ja nicht das Ekzem an sich, sondern nur jeweilige Attacken (Rezidive) beeinflußt wurden. Es gilt dies namentlich für die Gewerbeekzeme, da die betroffenen Patienten vielfach aus äußeren Gründen die auslösenden Reize nicht oder nur unvollständig meiden können. Immerhin gewannen wir die Überzeugung, daß bei einer vorangegangenen erfolg-

Digitized by Google

reichen Röntgenbehandlung bei zahlreichen Fällen im Vergleiche zu früheren Jahren die Pausen zwischen den einzelnen Rezidiven entschieden länger, die Rezidive selbst seltener wurden.

Eine vor kurzem vorgenommene Einberufung sämtlicher bisher bestrahlter, auch der nicht mehr erschienenen Ekzempatienten ergab indes bei einem kleinen Teil sogar völlige Rezidivfreiheit, wenigstens auf eine längste Beobachtungszeit von $2\frac{1}{2}$ Jahren. Bei sämtlichen ein und mehrmals der Röntgenbehandlung unterzogenen Fällen, bei denen es zum Schwinden der Ekzemherde gekommen war, konnte an den betreffenden Stellen eine völlige Restitutio ad integrum eventuell eine unbedeutende Pigmentierung konstatiert werden.

Aber auch die sich einstellenden Rezidive nach der erstmaligen Röntgenbestrahlung reagierten meist prompt auf 3—4 neuerliche Belichtungen. Trotzdem wurden solche Nachschübe tunlichst vorher mit Umschlägen und Salben behandelt, um die nötige Serienzahl auf ein Minimum einzuschränken und Spätschädigungen zu vermeiden.

Auf die Erklärung der günstigen Einwirkung der Röntgenbehandlung auf das Ekzem auch auf von dem bestrahlten Herd entfernter gelegene Stellen wollen wir hier nicht näher eingehen, da eine Erklärungsmöglichkeit in exakter Weise vorläufig nicht existiert und andrerseits solche Besserungen und Verschwinden von Ekzemherden nach Behandlung und Heilung des Hauptherdes auch bei unserer gewöhnlichen Therapie häufig beobachtet werden.

Bei voller Berücksichtigung des jeweiligen individuellen und regionären Empfindlichkeitsgrades der bestrahlten Haut, Wahl einer entsprechend penetrierenden gefilterten Strahlung in Bruchteilen der Toleranzdosis (dosis refracta), Einschaltung genügend langer Pausen zwischen den einzelnen Serien sowie einer beschränkten Zahl von Bestrahlungen haben wir irgendwelche schädigende Hautreaktionen nicht wahrgenommen. Trotz der relativ geringen Nachbeobachtungszeit unserer Patienten (nur 1—$2\frac{1}{2}$ Jahre), deren Haut durchweg nicht das geringste Anzeichen von Atrophie und Teleangiektasien aufwies, glauben wir doch auch in der Folge Spätschädigungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ausschließen zu können.

Wenn wir auch durch diese vorsichtig, unter Anwendung strenger Kautelen vorgenommene Röntgentherapie, wie aus dem Gesagten hervorgeht, günstige Resultate zu verzeichnen hatten und unangenehme Nebenwirkungen dieser Behandlung in der bisherigen Beobachtungszeit nicht beobachten konnten, wollen wir die Röntgentherapie der Ekzeme durchaus nicht als das allgemein zu empfehlende Verfahren bezeichnen. Wir wollen sie hauptsächlich reserviert wissen für Fälle, die der sonst unschädlichen äußeren Behandlung gegenüber sich besonders hartnäckig verhalten.

Die Einhaltung der von uns geübten Kautelen bezweckte dabei schließlich noch, womöglich auch den geringsten Grad von schädlicher Beeinflussung des Gewebes zu verhüten und so für die Zukunft in Fällen eines einmal nicht mehr bestrahlbaren Rezidives nicht Schwierigkeiten in der Verwendung anderer Heilmethoden zu schaffen.

Digitized by Google

Zusammenfassung:

Mit einer harten schwach gefilterten (0,5—1 mm Aluminium) Strahlung in kleinen Dosen (0,5—3 H) und wenigen Serien (4—6) mit langen Pausen (2—4 Wochen) wurden bei gegen die sonst übliche Behandlung hartnäckigem und häufig rezidivierendem Ekzem von Kindern und Erwachsenen recht befriedigende therapeutische Resultate erzielt.

Nur inveterierte hämorrhagische Ekzeme der Unterschenkel auf variköser Basis und tylotische rhagadiforme Herde an Palmae und Plantae waren dagegen ziemlich refraktär.

Schädliche Folgen der Bestrahlung für das Gewebe konnten bei der geeigneten Technik bisher stets vermieden werden.

Literatur.

Schultz, Frank, Strahlenther., Bd. 2, H. 2. — Hoffmann, E., Strahlenther., 1916, Nr. 7, S. 1. — Holzknecht, Dosierungstabelle f. d. Röntgenther., Wien 1922. — Jadassohn, Ther. Mh., April 1918. — Kreibich, Lehrb. d. Hautkr., Wien 1904. — Kuznitzky u. Schaefer, B. kl. W., 1918, Nr. 39. — Lenk, Röntgenther. Hilfsb., Berlin 1922. — MacKee,, X Rays and Radium in the Treatment of Diseases of the Skin, Philadelphia and New-York. — Meyer, F., D. m. W., 1923, S. 492. — Meyer, H., in Rieckes Lehrb. d. Haut- u. Geschlkr., Jena 1921. — Riehl, Allg. W. med. Z., 1904, Nr. 21—34, Jahrg. 49. — Ritter, Strahlenther., Bd. 3, H. 2. — Schmidt, H. E., Röntgenther., Berlin 1915. — Schreus, Röntgenbeh. i. d. Derm, Bonn 1922. — Stümpke, M. Kl., 1916, S. 1205. — Wetterer, Handb. d. Röntgen- u. Radiumther., Leipzig 1919.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Wiener Allgemeinen Poliklinik.

Über Beziehungen der Neurodermitis zu Alopezie.

Von

Prof. Dr. G. Nobl.

Es wird hoffentlich nicht als Akt allzu großer Pietätlosigkeit ausgelegt werden, wenn ich die Exhumierung einer Studie vornehme, welche ich vor einer Reihe von Jahren gerade an dieser Stelle unter der Grabschrift: Lichen chronicns simplex (Vidal) als Vorläufer neurotischer Alopezie (Derm. W., 1918, Bd. 67) beisetzen ließ. Zu diesem frevelhaften Beginnen veranlaßt mich eine sehr beachtenswerte Beobachtung C. Kreibichs, deren pathogenetische Möglichkeiten er in gewohnt gedankenreicher Ausführung beleuchtet. Der, als Neurodermitis decalvans beschriebene Fall (Arch. f. Derm., 1923, Bd. 144, H. 1, S. 15) betrifft eine 27jährige Frau mit postskabiösem Ausschlag pruriginösen Charakters an Unter- und Oberschenkeln, Achselfalten, Ellenbogen, Nacken- und Kopfhaut-Stirnhaargrenze. Es handelt sich um Prurigoknötchen und Lichen-urticatus-Effloreszenzen ähnelnde Elemente, die vielfach zu Herden konfluieren. Die Blüten haben keine Beziehungen zum Follikularapparat, dieser ist frei von oberflächlichen Abszessen. An der Kopfhaut

Digitized by Google

ist im Bereich dieser entzündlichen Veränderungen Haarausfall zu verfolgen, der an den ältesten Stellen über dem Scheitel zu zweihandtellergroßer Alopezie mit vollständigem Haarverlust geführt hat. Die Haut daselbst glänzend, gespannt, verdünnt, doch ohne follikuläre oder flach superfizielle Narben. An den Unterschenkeln etwas Lichenifikation in Form modifizierter Keratosis Weidenfeld. Kreibich deutet mit voller Berechtigung den Symptomenkomplex als Neurodermitis im weitesten Sinne, gewissermaßen als atypische Prurigo, und wirft hierbei die Frage auf, ob die dauernde Alopezie eine Folge der Neurodermitis sein könne.

Die Entwicklungsweise und der Ablauf der Neurodermie hat mich schon seit geraumer Zeit beschäftigt und haben sich hierbei auch Verhältnisse feststellen lassen, wie sie den von Kreibich gestreiften Beziehungen in vielfacher Hinsicht entsprechen. Diesen trug ich Rechnung, indem ich in dem angeführten Aufsatz darauf hinwies: „daß die Neurodermie (Brock) unter Umständen als Wucherform in die Erscheinung tritt, um nach restloser Rückbildung Veränderungen das Feld zu räumen, die im Sinne atrophischer Symptome, dem Begriff neurotischer Alopezien voll entsprechen".

Da in der Literatur über diese Beziehung der Erkrankungsformen keine Angaben vorlagen, so hielt ich es für angebracht, das mir zu Gebote stehende, z. T. schon in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft zur Demonstration gebrachte Beobachtungsmaterial, einer weiteren Verwertung zugänglich zu machen. Ich berichtete dann über 4, im Alter von 25—40 Jahren stehende Patientinnen neuropathischer Veranlagung, die in übereinstimmender Aufeinanderfolge das von Vidal hervorgehobene und in ihren Voraussetzungen in Brocks Erhebungen genau erschlossene Bild der umschriebenen Neurodermitis, des Lichen chronicus simplex darboten. Bei allen hatten die flächenhaft aggregierten Knötchenbestände weit in behaarte Regionen übergegriffen und zur Bildung bis handtellergroßer Scheiben geführt. Die klassisch entwickelten Plaques hatten teils an dem beliebten Standort der Nackenhaargrenzen (3 Fälle), teils an den Genitokruralfalten, Mons und Außenflächen der großen Schamlippen ihren Sitz. Das von heftigem Jucken eingeleitete und begleitete Leiden bestand z. Z. der Aufnahme bei allen Patientinnen schon seit längerer Zeit und zeigte das berüchtigte rebellische Verhalten den verschiedensten Heilversuchen gegenüber. Die an der Oberfläche aufgerauhten, matt bläulichrot verfärbten derben Scheiben, mit der typischen Felderung und Durchfurchung lichenifizierter Parzellen, mit den Nachschüben randständiger isolierter, pruriginöser, exkoriierter Knötchen und leistenförmiger Ausläufer, erfuhren in vielmonatiger Behandlung kaum eine wesentliche Beeinflussung. Zu betonen wäre hierbei, daß die Haare im Bereiche der vorgeschobenen Lichensegmente in keiner Weise gelitten hatten. Es bestand weder ein Defluvium, noch kam es zum Abbrechen der sicherlich vielfach malträtierten, d. h. gescheuerten Haare, wie dies bei chronischen, juckenden Kopfhautekzemen zu verfolgen ist.

Die Kranken verlor ich nach längerer Beobachtung meist mit noch voll entwickeltem, hyperplastischem, pruriginösem Prozeß — wie ich es in der Arbeit hervorgehoben habe — ohne Störungen des Follikularapparates, aus den Augen. Als die Frauen (nach 2—4 Jahren) sich

Digitized by Google

neuerlich vorstellten, wiesen sie im Erscheinungsbereich der früher bestandenen lichenifizierten, schwieligen Scheiben weiche, geschmeidige, kahle Stellen auf, die: „in keiner Weise von den Typen der Alopecia areata abwichen, sie waren des gesamten Haarbesatzes verlustig, glatt, mit gut erhaltener Follikularstruktur, mäßiger Depigmentation, ohne sonstige Rarefizierung". In zweien der Fälle, bei welchen die Alopezie nach Angabe der Patienten schon längere Zeit bestanden hatte, kam es während einer mehrmonatigen Beobachtung bzw. Behandlungsdauer (80%ige Karbolbepinselungen [Nobl, Derm. W., 1918, Nr. 46]) zum Nachwuchs normal gefärbter Haare. Die anderen Kranken blieben nach einiger Zeit aus. Über die Rückbildung der Neurodermitis war nur so viel in Erfahrung zu bringen, daß mit allmählich nachlassendem Juckgefühl, die Plaques flacher und weicher wurden, um schließlich ohne Schuppung und Rötung gänzlich zu schwinden. Von diesem Abklingen der Lichenscheibe und Einzelefflorescenzen bis zum Auftreten der umgrenzten Alopezie war ein langer, verschieden bewerteter Zeitraum verstrichen.

Es konnte für diese kleine Gruppe von Beobachtungen, über die pathogenetische Abhängigkeit der Alopezie von der vorausgegangenen neurogenen Entzündung, gar kein Zweifel bestehen. Schwierigkeiten bereitete es nur, und über diese komme ich auch heute noch nicht hinweg, den Übergang vom restlos abgeklungenen neurotischen hyperplastischen Reaktionsvorgang, zu der atrophischen Störung des Haar- bzw. Pigmentschwundes zu finden. In dem oben vorgeführten Falle Kreibichs (l. c.) hatte der juckende Knötchenausschlag (auch dieser ohne nähere Beziehungen zum Follikelapparat) in unmittelbarem Anschluß zur, wie es scheint, bleibenden Dekalvierung geführt. Hier kann zur Erklärung der in der Umgebung der Haartaschen sich abspielende neurogene Entzündungsprozeß, wie dies Kreibich ja auch tut, herangezogen werden. Die entzündliche Infiltration, die konsekutive Verdichtung des Bindegewebes, der dauernd ödematöse Zustand der pruriginösen Kutisknötchen, vermögen sicherlich gelegentlich eine so bedeutende Schädigung der Haarpapillen bedingen, daß der Haarbesatz zu temporärem oder auch dauerndem Schwunde gelangt. Ob in dem Falle Kreibichs eine irreparable Papillenzerstörung besteht oder aber in der Folge eine, wenn auch nur teilweise Erholung noch Platz greifen wird, kann bei der Kürze der Beobachtungszeit nicht entscheidend vertreten werden. In der von mir 1918 berichteten Serie lagen, wie gezeigt, die Verhältnisse doch etwas anders. Für diese muß ich im vollen Umfang die Entstehung der Alopezie auf trophische Einflüsse beziehen, auf Einflüsse, die bei der neurogenen Natur des Vorläufers des Haarschwundes, der Neurodermie, von Haus aus gegeben waren. Es ist ja zur Genüge geläufig, daß das Phänomen einer Neurodermitis nicht als einfaches Produkt des Kratzens zu werten ist, sondern als eigenartige, auch anatomisch genügend gekennzeichnete Gewebsreaktion (l. c.) zu gelten hat, bei welcher das Jucken nur ein vorherrschendes, die spezifische Gewebsveränderung auslösendes Symptom darstellt.

Der trophoneurotische Ursprung der Störung findet überdies in der stark betonten Hypertrophie der Hornschicht, gesteigerten Akanthose und Quellung des verbreiterten subpapillaren Lagers seinen Ausdruck,

Digitized by Google

welchen Reizerscheinungen gegenüber die geringfügige entzündliche Infiltration eigentlich in den Hintergrund tritt. Auf die gleiche trophische Quelle glaubte ich in den beschriebenen Beobachtungen auch den Haarausfall im Bereiche der früheren Neurodermitis beziehen zu dürfen. Beide ursächlich voneinander abhängigen Erscheinungen begegneten sich in der neurogenen Auslösung, die für den umgrenzten Haarschwund mit um so größerer Sicherheit zu vertreten ist, als für diese Auslegung das Experiment und eine Fülle klinischer Tatsachen bekräftigend zu Gebote stehen. Im übrigen lehnt auch Kreibich die Mitwirkung einer trophipischen Komponente für seine Beobachtung nicht ab.

Aus dem Ambulatorium der Raaber Bezirks-Arbeiter-Krankenkasse
(Oberarzt: Dr. Leopold Leszlauer).

Urtikarielles (allergisches?) Arzneiexanthem nach Behandlung einer Psoriasis.

Von

Dr. Josef Zollschan.

Ich erlaube mir einen Fall, welcher nach meiner Ansicht in bezug auf die Hypothese der parasitären Ätiologie der Psoriasis nicht ohne Interesse ist, kurz mitzuteilen.

J. Z., 34 J., Arbeiter. Generalisierte Psoriasiseffloreszenzen am ganzen Körper, die vor 8 Jahren zum ersten Male sich zeigten. Rücken, Streckseiten der Extremitäten, Stirn, behaarter Kopf, Brust und Bauch mit bis hellerstückgroßen Psoriasiseruptionen bestreut. Ich behandelte den Kranken mit der von Unna angegebenen Kur, zuerst 5 Tage mit 5%iger Pyrogallusvaseline, dann 2 Tage mit Pasta zinc. sulf., nachher Bad, darauf 10%ige Cignolinsalbe, partieweise 3 Tage lang.

Während der Cignolinbehandlung zeigte sich schwache Albuminurie, die nach Aussetzen der Salbe verschwand. Nach Schälung der eingeschmierten Stellen heilte die Psoriasis ab, nur leukodermatische Flecke markierten die gewesenen Lokalisationsstellen. 4 Tage nach der Heilung suchte mich der Patient neuerdings auf und klagte, daß bei ihm eine neue Eruption auftrat, die ein heftiges Brennen und Jucken verursacht.

Rings um die nach Abheilung der psoriatischen Herde zurückgebliebenen leukodermatischen Flecken, überall streng am Rande derselben, bildeten im Durchmesser 2 mm große, fast solide, rosa- bis rotfarbige runde Gebilde einen Ring, welche hauptsächlich wegen ihrer Hellrotrosafarbe, dann wegen ihres exsudativen ödematösen Charakters am meisten Urtikariaquaddeln ähnlich sahen. Das akute Auftreten, das Jucken und Brennen, auch der kurze Bestand des Krankheitsbildes (auf Karlsbader Wasser, spirituöses Betupfen und Puder Heilung in drei Tagen) machten die Diagnose eines auf Cignolinbehandlung hin aufgetretenen urtikariellen Exanthems unzweifelhaft.

Wie erwähnt, waren die neuen Effloreszenzen nirgends an bis dahin gesunden Hautstellen zu beobachten, sondern sie hielten sich streng an den peripheren Rand der abgeheilten Psoriasisflecken. Wäre eine universelle Cignolinidiosynkrasie vorhanden gewesen, so hätte das urtikarielle Exanthem auch andere Partien der Haut befallen müssen in der Weise, wie wir die unregelmäßige Lokalisation bei den toxischen urtikariellen Erythemen zu beobachten gewöhnt sind.

Digitized by Google

Ich fasse die Erscheinung als eine durch Cignolin ausgelöste allergische Herdreaktion auf. Natürlich kann von Allergie nur dort die Rede sein, wo es auch Krankheitserreger gibt. Bei der Psoriasis aber entbehren wir vorläufig positive bakteriologische Befunde.

Zwar gelang es Lenhoff, das identische Krankheitsbild durch Autoinokulation zu erzeugen, die Inokulationsversuche auf gesunden Individuen sind mißlungen. Das scheint aber gegen die parasitäre Ätiologie der Psoriasis nicht zu sprechen, da wir auch bei anderen Krankheiten dem dritten Kochschen Postulat nicht entsprechen können, trotz sicherer Kenntnis des Krankheitserregers.

Z. B. sind wir mit der Reinkultur des Bacillus crassus nicht imstande, das Ulcus vulvae acutum bei Gesunden zu erzeugen. Wenn wir also eine psoriatische Disposition supponieren, wo ein prädisponierter Boden die unbekannten Erreger zum Pathogenwerden fördert, so können wir auch annehmen, daß während der Zeit, wo die Psoriasis besteht, von der Seite der Haut ein reaktiver Immunitätsprozeß einsetzt, infolgedessen die Haut sich in einem allergischen Zustand befindet. Hier treten jene von Unna betonten Momente in den Vordergrund, die zugunsten der parasitären Ätiologie der Psoriasis ins Gewicht fallen, wie Abolition, Serpiginosität, zentrale Heilung, peripheres Weiterschreiten der Ringform usw., aber auch dasjenige, welches für das tatsächliche Vorhandensein eines solchen allergischen Zustandes sprechen kann, nämlich die Polymorphie der Psoriasis.

Es gibt bekanntlich zwischen der typischen Form des Krankheitsbildes und dem papulösen Ekzem verschiedene morphologische Varianten der Psoriasis. Der Grund dieser Verschiedenheiten soll vielleicht in der graduellen Differenz des allergischen Zustandes gesucht werden analog der Hauttuberkulose, wo auf Grund desselben ätiologischen Faktors auf der einen Seite die akuten, hämorrhagischen Entzündungsprozesse bei anergischen Verhältnissen, auf der anderen Seite die lupoiden Veränderungen bei stark allergischen Verhältnissen zustande kommen.

Wenn wir also die parasitäre Entstehungsweise der Psoriasis annehmen, dann ist es auch verständlich, daß wir die Entstehung eines allergischen Zustandes bei dieser Dermatose für möglich halten.

Es wäre nur gegen die Auffassung, daß das urtikarielle Exanthem tatsächlich eine allergische Herdreaktion gewesen wäre, einige Dinge einzuwenden:

1. Warum zeigte sich die Eruption erst nach Abklingen der psoriatischen Herde?

2. Warum hatten die neuen Eruptionen nicht den Charakter der Psoriasiseffloreszenzen?

3. Warum ist die Eruption nicht an den Stellen der abgeheilten psoriatischen Herde entstanden, wo doch diese Stellen im stärksten allergischen Zustande sich befanden?

Ad 1: Während der Cignolinkur war die Haut an den Stellen der Eruptionen und deren Umgebung in einer außerordentlich starken Entzündung, so daß während dieser Zeit die Unmöglichkeit der Superposition einer neuen Entzündung auf diesen Stellen mit Recht anzunehmen ist.

Ad 2: Daß die neuen Eruptionen, wenn schon als Herdreaktion ge-

Digitized by Google

deutet, nicht den morphologischen Charakter der alten Effloreszenzen hatten, erkläre ich mir auf die Weise (wenn auch der Fall histologisch wegen des raschen Abklingens der Erscheinungen nicht untersucht werden konnte, kann ich mir das histologische Bild nach dem klinischen Aussehen und Verlauf des Krankheitsbildes nicht anders als eine banale Entzündung vorstellen), wie z. B. bei einer tuberkulösen Herdreaktion die Umgebung des spezifischen Herdes, d. h. die banale Zone sich verbreitet, so äußerte sich auch hier die allergische Herdreaktion in einer histologisch banalen, klinisch auf das alte Krankheitsbild nicht charakteristischen Entzündung.

Ad 3: Daß die abgeheilten Psoriasisstellen, wo die supponierte Allergie in allergrößtem Maße vorhanden sein mußte, von der Eruption frei blieben, läßt sich entweder aus dem oben erwähnten Umstand erklären, d. h. die Herdreaktion äußerte sich in einer banalen Entzündung am Rande, wo die Haut in zweiter Reihe am meisten allergisch war, oder aber wäre es anzunehmen, daß während der langen Zeit, wo die Psoriasis bestand, die Reaktionsfähigkeit der Gefäße an den kranken Stellen derart in Anspruch genommen war, daß die müden, alterierten Gefäße mit stark allergischem Boden weniger die Neigung zu einer neuen Entzündung hatten, als die intakten Gefäße schwächeren allergischen Bodens.

Diese letztere Auffassung könnte ich auch durch die Erfahrung unterstützen, daß in der Therapie der Psoriasis, wo eine Entzündung hervorgerufen wird, die Randpartien sehr stark in Entzündung kommen, das Krankheitsbild selbst aber mit einer frischen, artifiziellen Entzündung nicht reagiert.

Meine Beobachtung dürfte die parasitäre Theorie der Entstehung der Psoriasis unterstützen, wozu aber natürlich auch noch Mitteilung weiterer ähnlicher Fälle zur Klärung des beschriebenen Krankheitsbildes notwendig wäre.

Aus der dermatologischen Praxis von Dr. Julius Wittemann in München-Gladbach.

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit intravenösen Natrium-salicylicum-Injektionen bei gleichzeitiger Salbenapplikation.

Von

Dr. Alfred Holländer.

Bisher ist uns noch kein Mittel bekannt, das imstande ist, eine völlige Heilung der Psoriasis vulgaris zu erzielen. Über die Ätiologie der Krankheit sind wir noch im Unklaren, infolgedessen ist es uns von vornherein versagt, kausale Therapie zu treiben. Wir können nur immer die Symptome beseitigen, aber hier müssen wir danach streben, die den Patienten oft so belästigenden Rezidive hintanzuhalten. Deshalb begrüßen wir es, wenn sich uns ein neuer Weg bietet, vielleicht diesem Ziel näher zu kommen.

Sachs-Wien (1) berichtete 1921 über ein neues Antipsoriatikum, Natrium-salicylicum-Lösung als intravenöse Injektion. Hübners (2) Verdienst ist es, auf dieses Mittel dann nachdrücklichst hingewiesen zu haben. Er kombinierte die externe antipsoriatische Behandlung mit der internen und glaubt, dadurch einen besseren therapeutischen Erfolg zu erzielen.

Digitized by Google

Bei der Behandlung meiner Fälle verzichtete ich auf jede Vorbehandlung mit Salbe; ich injizierte sogleich Natrium salicylicum intravenös und verordnete gleichzeitig für Psoriasisherde am Körper eine Salizyl-Cignolin-Vaseline (Acid. salicyl. 2%, Cignolin steigend von $^1/_8$—$^1/_4$%, selten bis $^1/_2$%), für Herde auf dem Kopf und im Gesicht eine Salizyl-Präzipitat-Vaseline (Acid. salicyl. 2%, Hydrarg. praecip. alb. 10%, manchmal mit Zusatz von 4—5% Anthrasol). — Die Natr.-salicyl.-Lösungen stellte ich mir selbst her, und zwar wurde vor jeder Injektion das benötigte Quantum nochmals sterilisiert.

Ich injizierte zuerst 10 ccm einer 20%igen Lösung, später immer 15—20 ccm einer gleich starken Lösung, zweimal wöchentlich. Die Gesamtzahl der hintereinander verabfolgten Injektionen betrug 8—10.

Bei 5 Fällen sah ich nach 2 Wochen eine erhebliche Besserung, nach 3—4 Wochen waren die Effloreszenzen abgeheilt. Die Abheilung begann meist im Zentrum der Herde. Depigmentationen an Stelle der früheren Effloreszenzen oder Pigmentationen dort sah ich kaum. — Gleichzeitig behandelte ich andere Fälle nur mit den eben angegebenen Salben, andere wieder nur mit Röntgenstrahlen. Daß die kombinierte intern-externe Behandlung einen wesentlich rascheren Erfolg hatte, konnte ich nicht feststellen.

Anders war es bei 3 Fällen von ausgedehnter Psoriasis, die früher jeder anderen Therapie (Salbe, Röntgenstrahlen) trotzten, oder bei denen nach Abheilung der alten Effloreszenzen sofort andere neue auftraten. Bei 2 Fällen gelang es, nach 8 Injektionen die Effloreszenzen zum Verschwinden zu bringen. Bei dem 3. Fall traten kleinere (bis linsengroße) psoriatische Herde wieder auf, diese verschwanden bei weiterer Injektionsbehandlung, die seit 3 Monaten intermittierend alle 2—3 Wochen stattfindet. Die zwei eben genannten Fälle zeigen bisher (6monatige Beobachtung) keinerlei Rezidive. Eine Injektionsbehandlung hat seitdem nicht mehr stattgefunden.

Ein weiterer Fall von Psoriasis konnte durch 8 Natr.-salicyl.-Injektionen nur unmerklich beeinflußt werden, Salbenbehandlung fand bis zur 6. Injektion nicht statt. Erst durch Röntgenbestrahlung wurden die psoriatischen Herde zum Verschwinden gebracht.

Ich habe mich noch bei anderen Patienten davon überzeugen müssen, daß intravenöse Natr.-salicyl.-Injektionen allein nicht imstande sind, eine Psoriasis zur Abheilung zu bringen. Auch daß die Injektionsbehandlung einer anderen Behandlungsart im allgemeinen überlegen wäre, kann ich nicht sagen. Wohl aber ist es ratsam, Natr.-salicyl.-Injektionen in Abständen von 2—3 Wochen über einen längeren Zeitraum hin, gewissermaßen chronisch intermittierend, zu verabfolgen, weil es uns vielleicht dann gelingt, Rezidive hintanzuhalten. Der oben angeführte Fall könnte dafür sprechen.

Im Gegensatz zu anderen fand ich, daß die Injektionen nicht immer anstandslos vertragen wurden. Alle Patienten empfanden bei jeder Injektion — einmal mehr, ein anderes Mal weniger — Wärmegefühl im Kopf, manche klagten über Schwindelgefühl und Flimmern vor den Augen; diese Sensationen waren aber spätestens nach 15 Min. verschwunden. Ohrensausen u. a. m. habe ich niemals beobachtet.

H. Hübner glaubt, daß die Haut durch die Natr.-salicyl.-Injektionen für schwachprozentige Chrysarobinsalben sensibilisiert würde. Daß die etwaige Sensibilisierung nicht ausschließlich für das Chrysarobin in Anspruch zu nehmen ist, zeigte schon Herxheimer (3), der bei Applikation von Teersalben ebenfalls Erfolge sah. Ich erreichte das gleiche mit Cignolin.

Bei der Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Natr.-salicyl.-Injektionen könnte man daran denken, ob diese Behandlung in irgend einem Zusammenhang mit der Ätiologie der Erkrankung (arthritische oder parasitäre Ätiologie) steht. Ich stelle das in Abrede, da sonst diese Therapie einen wesentlich besseren und besonders dauernderen Erfolg in allen Fällen haben müßte.

Trotzdem aber stellt die durch Hübner inaugurierte kombiniert intern-externe Behandlung der Psoriasis eine Bereicherung der antipsoriatischen Mittel dar, weil bei einer so hartnäckigen und langwierigen Krankheit kein Mittel unversucht bleiben darf, mit dem man eine Heilung erzielen könnte, und weil besonders bei der Behandlung von Rezidiven ein Wechsel der Therapie eintreten muß, da sonst die Wirksamkeit eines in anderen Fällen erfolgreichen Medikamentes hier ausbleibt. Ein Versuch mit intravenösen Natr.-salicyl.-Injektionen ist dann angebracht.

Literatur:

1. Sachs, W. kl. W., 1921, Nr. 16. — 2. Hübner, Derm. W., 1922, Nr. 29; D. m. W., 1923, Nr. 11. — 3. Herxheimer, Kl. W., 1923, Nr. 29.

Digitized by Google

Dermatitis exfoliativa subacuta non generalisata.

Von

Dr. EMANUEL WOHLSTEIN in Bad-Piestany.

Pityriasis rubra (HEBRA), ein viel umstrittenes Krankheitsbild. Wenn wir uns auf den Standpunkt BROCQS und BESNIERS stellen und eine primäre oder idiopathische und eine sekundäre Form unterscheiden, so wird die Zahl der primären Erythrodermien sehr eingeschränkt werden. Das Krankheitsbild der Dermatitis exfoliativa subacuta generalisata ist von BROCQ konstruiert, wobei zu bemerken ist, daß es von vielen Autoren nicht anerkannt wird. Es wäre als ein Sondertypus der primären Pityriasis rubra aufzufassen. Ich hatte die Gelegenheit einen Fall zu beobachten, der die Charaktere dieses letzt erwähnten Krankheitsbildes an sich trug, ohne aber generalisiert zu sein, daher non generalisata zum Unterschied von der BROCQschen Dermatitis.

Pat., ein 58jähr. gut erhaltener Mann, gibt an, vor 5 Monaten an der rechten Flachhand und an den Fingerspitzen Rötung und Schwellung bemerkt zu haben, wobei er besonders die Verdickung der Finger und das speckartige Anfühlen hervorhebt. Ein eigentümliches Unbehagen (Frösteln, Fiebergefühl) begleitete diese Eruption. In einigen Tagen trat Schuppung ein. Die linke Hand, das Gesicht und die Kopfhaut wurden in ähnlicher Art schubweise betroffen. Später gesellten sich noch einige Plaques am Nacken, Rücken und in der Kreuzbeingegend hinzu. Bald merkte der Pat. auch Haarausfall, der außer Kopfhaare auch Augenbrauen und Schnurrbart mitbetroffen hat. Pat. gibt an, daß er während der 5 Monate Besserung und Verschlimmerung beobachtete, was sich darin äußerte, daß die Spannung und Rötung der Haut einmal stärker, ein anderes Mal schwächer ausgeprägt war. Später trat Schuppenbildung im äußeren Gehörgange begleitet von Ohrensausen und vorübergehenden ziehenden Schmerzen auf, was in Schwerhörigkeit überging. Pat. beklagt sich, in letzterer Zeit sehr oft an Koriza, Konjunktivitis und Angina gelitten zu haben. Seine Nägel sind brüchig geworden, Längsfalten sind an ihnen zu sehen. Der Stuhl ist regelmäßig. Innerlich hat der Pat. keine Medikamente genommen. Die Schwester des Pat. leidete angeblich an einer ähnlichen Affektion, wobei aber die Identität nicht festzustellen ist. Pat. stand in Behandlung von einigen Ärzten und hat eine Unmenge von Salben verbraucht, jedoch beobachtete er sehr oft Verschlimmerung nach den Salbengebrauch, so daß er monentan gar nichts anwendet und sucht bei mir Hilfe nur wegen der Schwerhörigkeit.

Pat. zeigt das Bild einer subakuten Dermatitis (Rötung und Schuppung ohne besondere Schmerzhaftigkeit, nur Spannungsgefühl) und gibt an, daß sich dieser Zustand sogar im Laufe eines Tages häufig ändert. Schleimhäute sind auch gerötet, im äußeren Gehörgang Schuppenbildung. Dermographismus stark ausgeprägt. Normale Reflexe, Urin ohne pathologische Bestandteile, keine Drüsenschwellungen, Lungenbefund normal. Serologische WR, Tuberkulinprobe und Blutausstrichpräparat konnte wegen Aversion des Pat. gegen jeden Eingriff nicht angestellt, d. h. gemacht werden. Für Lues gar keine Anhaltspunkte.

Therapeutisch habe ich Eucerin. anhydr., Glyzerin ää gegen die zeitweise auftretende Spannung der Haut, sonst Waschen mit Kamillentee, vorgeschlagen, dasselbe für den äußeren Gehörgang entsprechend angewendet. (Eucerin-Glyzerin-Läppchen in das Ohr und Spülungen mit Kamillentee). Innerlich habe ich Ichthyol-Aqua dest. ää 3mal täglich 15 Tropfen verordnet. Die Prognose habe ich in Anbetracht dessen, daß das Leiden keinen progressiven Charakter zeigte und das Allgemeinbefinden des Pat. gut war, als günstig bezeichnet. In 4 Monaten stellte sich der Patient ganz genesen vor, ohne sich in der Zwischenzeit gezeigt zu haben. Die Schwerhörigkeit dauerte am längsten, ist aber heute so gut wie gänzlich behoben.

Digitized by Google

Auftreten, Erscheinungsform, Verlauf und Dauer entsprechen in allen Details der Brocqschen Dermatitis, nur das nicht Generalisiertsein dieses Falles kann als Unterschied gelten. Vielleicht wäre es angezeigt, diesen Fall als abgeschwächte Form der Brocqschen Dermatitis aufzufassen und gleichzeitig als Beweis dafür, daß graduelle Unterschiede das Wesen einer Krankheit nicht beeinflussen. Ob Erblichkeit eine Rolle spielt, konnte trotz diesbezüglicher Nachforschungen nicht sichergestellt werden.

Ein Fall von Sporotrichose der Genital- und Analgegend und der Mundschleimhaut.

Von

Dr. Menahem Hodara in Konstantinopel.

Mit 3 Abbildungen im Text.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Der seltene Fall einer Sporotrichose der Genital- und Analgegend und der Mundschleimhaut begann nach Angabe der 50jähr., aus Trebizonde stammenden Frau vor 1 Jahre an der Genital- und Analgegend und verbreitete sich seit 8 Monaten auch auf die Schleimhaut des Mundes und der Lippen. Bei der vor 14 Tagen stattgefundenen erstmaligen Untersuchung sah man auf der Schleimhaut des Mundes, der Lippen und Zunge erythematöse, stellenweise exulzerierte oder mit einem schmutzig graugelben Überzug bedeckte Läsionen. Die Kranke klagte über zeitweilig starke Schmerzen im Munde. Die Besichtigung der Genitalien bot ein zunächst völlig verwirrendes Bild, der erste Eindruck war der einer syphilitischen oder wohl auch tuberkulösen Erkrankung. An den Pubes, der Unterbauchgegend, den Leisten sah man einen ziemlich polymorphen Zustand, braungefärbte, infiltrierte Elemente von 1 oder 2 cm oder mehr Umfang, flach, stellenweise mit kleinen Pusteln oder auch eingetrockneten, ekthymatös erscheinenden Krusten bedeckt, an anderen Stellen kleine, infiltrierte, 1—2—3 cm umfassende Felder von zottigem oder verrukösem Aussehen, um 1—2 mm hervorragend, mit trockenen Krusten bedeckt; Pigmentflecke im Verlaufe des Schwindens der Läsionen; multiple, disseminierte, mehr oder weniger braune, schwärzliche Knötchen, teils ohne Pusteln, teils mit solchen, um einige Millimeter bis zu einem Zentimeter hervorragend, von furunkulösem Aussehen; die großen Schamlippen gleichfalls mit mehreren derartigen pustulösen, disseminierten furunkulösen oder tuberkelähnlichen Knötchen bedeckt, die mehr oder weniger auch kleinen disseminierten Gummen glichen. Man sah auch vesikopustulöse Elemente mit infiltrierter Basis von 1—2 cm. Die Analgegend war in voller Ausdehnung von einer kompakten Anhäufung dieser papulösen, knötchenförmigen, pustulösen Elemente bedeckt, die, gewuchert und ulzeriert, eine fötide Flüssigkeit absonderten und mehr oder weniger das Bild ausgebreiteter, gewucherter und ulzerierter Plaques muqueuses darboten. Die Kranke zeigte nirgends Drüsenschwellungen, ihr allgemeiner Gesundheitszustand hatte sich trotz des seit 1 Jahre mit Schmerzen im Munde und am After verbundenen Leidens verhältnismäßig gut erhalten. Während dieses Jahres wurde die Krankheit in Trebizonde von verschiedenen Ärzten als Syphilis mit antisyphilitischen Medikamenten ohne jeden Erfolg behandelt. Gleich beim ersten Anblick der Kranken dachte ich an Sporotrichose; ich ließ zunächst durch den Bakteriologen Asséo eine Wassermann-Untersuchung vornehmen, die völlig negativ ausgefallen ist. Zur Bestätigung der Diagnose der Sporotrichose war es nunmehr erforderlich, Kulturen aus dem Eiter der Knötchen anzulegen, worum ich den Bakteriologen Omer Fuad Pascha ersuchte. Nach 9 Tagen erhielt dieser auf Sabouraudschen Nährboden eine Reinkultur von Sporotrichose, die deren Myzelien und Fäden zeigte. Die Kultur hatte ein bräunliches oder schwärzliches Zentrum mit weißen, strahlenförmigen Umgrenzungen vom charakteristischen Aussehen der Sporotrichosiskulturen. Da die Kranke es eilig hatte, Konstantinopel zu verlassen, ohne die für die Entwicklung der Kultur erforderlichen 9 oder mehr Tage abzuwarten, wurde sogleich die Behandlung mit Jodkalium

Digitized by Google

innerlich und 1%iger Jod-Jodkaliumlösung örtlich begonnen. Obgleich die Kranke infolge einer gewissen Intoleranz gegen Jodkalium nur geringe Mengen, innerhalb 12 bis 16 Tagen kaum 15—20 g, nehmen konnte, zeigte sich schon an den Genitalien eine sehr deutliche Besserung gegenüber dem ersten Befund. Mehrere der an den großen Schamlippen, den Pubes, an gewissen Stellen der Analgegend sitzenden Knötchen waren mit Hinterlassung kleiner Pigmentflecke glatt geschwunden, an anderen Stellen waren die gewucherten Massen der dicht gehäuften sezernierenden Knötchen fast involviert, es fand sich an ihrer Stelle noch eine tiefe Ulzeration, die unter der Behandlung zweifellos ebenso wie alle anderen Läsionen heilen wird. Leider sind in Erwartung des Resultats der Kultur keine Photographien von dem Beginne der Erkrankung angefertigt worden, sondern erst nach Feststellung des positiven Befundes; die Kranke, die Konstantinopel leider vor völliger Heilung verließ, hat versprochen nach dieser Photographien der erkrankten Teile einzusenden.

Abb. 1.

Abb. 2.

Die Sporotrichose zeigt sich gewöhnlich unter dem polymorphen Bilde wie in diesem Falle. Im Jahre 1910 habe ich mit Omer Fuad Pascha in der Medizinischen Gesellschaft von Konstantinopel drei seltene ungewöhnliche Fälle von Sporotrichose von sehr reinem knötchenförmigem Typus vorgestellt; es waren drei kretische Geschwister, zwei Mädchen und ein Knabe, die Knötchen saßen im Gesicht auf Nasenflügeln, Wangen, Lippen, Kinn, der Bruder hatte ein Knötchen am Handgelenk, und die eine Schwester einige Knötchen auf den Handrücken und an beiden Ellbogen. Die Krankheit bestand seit 1 Jahre, die drei Geschwister, die sich mit Abstand von einigen Monaten voneinander angesteckt hatten, zeigten sporotrichotische Hautknötchen von reinem knötchenförmigem Typus. Die Gesundheit der Kinder war eine völlig gute. Die durch Punktion aus den Knötchen erhaltene sanguinolente Flüssigkeit hatte Reinkulturen von Sporotrichose ergeben. Inokulation der Kultur auf eine Ratte töteten diese innerhalb 4 Tagen durch Septikämie, das Blut und das Sekret der verschiedenen Organe der Ratte zeigten Reinkulturen von Sporotrichose. Wir hatten auch ein Kaninchen geimpft, und an der Impfstelle, wenn auch zögernd, denselben rein knötchenförmigen Typus der Sporotrichose wie bei den Kindern und von den Knötchen des Kaninchens Reinkulturen erhalten.

Digitized by Google

Von den Knötchen war ein Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert worden. Der histologische Befund stimmte mit dem von den französischen Autoren beschriebenen überein; wir fanden in den peripheren Partien der Knötchen ein syphilisähnliches Bild, proliferierende Entzündung mit Hypertrophie der peritheliален und der Bindegewebszellen, nach den zentralen Abschnitten zu war das Bild ein mehr tuberkuloides, epitheliale und Riesenzellen sowie Herde von Plasmazellen und in deren zentralen Abschnitten polynukleäre Leukozyten, nach der Oberfläche der Epidermis auswandernd, im mittleren Abschnitt zu Krusten umgewandelt.

Diese 3 Fälle von Sporotrichose waren unter Jodkalium völlig geheilt. Im Jahre 1911 habe ich ferner mit Fuad Pascha einen sehr seltenen und sehr eigenartigen Fall von Septikämie durch Sporotrichose vorgestellt, der einen der angesehensten Professoren unserer medizinischen Fakultät betraf. Der Kranke hatte während eines ganzen Jahres Fieber, das im Beginne bis auf 40° gestiegen war und dann wechselte. Seit 1 Jahr und 4 Monaten war er vom Kopf bis zu den Füßen von einem polymorphen papulösen, akneiformen, vesikulopustulösen, krustösen Ausschlag von stellenweise syphilisähnlichen, stellenweise tuberkuloiden Aussehen bedeckt. Die beiden Tonsillen waren ulzeriert, er hatte erythematöse, stellenweise ulzerierte Läsionen an der Schleimhaut des Mundes und der Lippen, Drüsenschwellungen fehlten, und trotz des Leidens war der Gesundheitszustand ein ziemlich guter. Die Eruptionen schwanden zum Teil mit Hinterlassung von Pigmentierungen oder von kleinen Narben wie nach Tuberkuliden, während neue gleichartige Eruptionen auftraten, und das ständig während eines Zeitraumes von 1 Jahre und 4 Monaten. Der Kranke hatte außerdem während des ganzen Jahres rezidivierende Augenerscheinungen. Als ich ihn nach diesem Zeitpunkte sah, war ich wirklich wie in dem beschriebenen Falle der Frau zweifelhaft, ob es sich um Syphilis oder um Tuberkulose handelte.

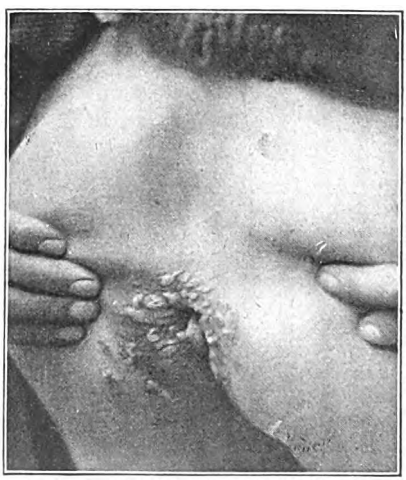


Abb. 3.

Da sich mit einer Aussaat der aus einem Knötchen durch Punktion entnommenen Flüssigkeit auf Sabouraudschem Nährboden schon am 4. Tage eine Reinkultur von Sporotrichose ergab, konnte die Diagnose auf Septikämie infolge dieser gestellt werden. Die Exzision eines Knötchens zur histologischen Untersuchung ergab ein gleiches Resultat wie die oben erwähnten bei unseren drei Fällen von typischer knötchenförmiger Sporotrichose, mit dem Unterschied, daß das exzidierte Knötchen stärker erweicht war als die anderen; man sah im Zentrum größere Mengen polynukleärer Leukozyten, einen richtigen kleinen subdermalen Abszeß. Dank dem Jodkalium genas der Kollege von seiner langen Krankheit.

Zusammenfassend ist zu betonen, daß in allen analogen zweifelhaften Fällen man es niemals verabsäumen soll, Kulturen anzulegen, die eine einwandfreie Diagnose und eine sichere Heilung gewährleisten.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Oberarzt: Prof. Dr. R. Hahn).

Rektumkarzinom und Syphilis bei einer Jugendlichen.

Von

Dr. Eduard Wellmann, Sekundärarzt.

Mit 1 Abbildung im Text.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Karzinome im jugendlichen Alter zu den größeren Seltenheiten gehören, daß die Karzinome aber um so maligner sind und der Krankheitsprozeß sich um so foudroyanter abspielt,

Digitized by Google

je früher im Leben die Entwicklung des Krankheitskeimes einsetzt. Ein derartiger Fall kam Mitte Juli dieses Jahres auf der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck zur Aufnahme, der aber insofern noch besonders interessant ist, da das Karzinom zu einer Fehldiagnose Veranlassung gab. Die 23jähr. Pat. ist $^1/_2$ Jahr lang bei verschiedenen Ärzten wegen Syphilis in Behandlung gewesen; der Verdacht auf ein Karzinom war niemand gekommen.

Anamnestisch war über eine etwa in der Familie mütterlicher- oder väterlicherseits vorhandene Disposition zu malignen Tumoren nichts zu eruieren. Der Verlobte der Pat. ist an Syphilis erkrankt gewesen und antisyphilitisch behandelt worden, wie aus Andeutungen der Familie zu entnehmen war; seit Januar dieses Jahres bemerkte die Pat. am After ein Geschwür, welches sehr hartnäckig war und keinerlei Heilungstendenz zeigte, im Gegenteil an Ausdehnung und Schmerzhaftigkeit immer mehr zunahm. Sie war bei den verschiedensten Ärzten in Behandlung gewesen, dazwischen auch wiederholt auf Anraten ihres Bräutigams, der ihr erklärte, die Ärzte behandelten ja doch alles auf Syphilis, bei Naturheilkundigen und Kurpfuschern. Mehrfach vorgenommene Blutuntersuchungen nach der WASSERMANNschen Methode ergaben stets ein positives Resultat, so daß alle behandelnden Ärzte die Affektion für syphilitisch ansahen und dementsprechend eine antisyphilitische Therapie einschlugen.

Bei ihrer Aufnahme im hiesigen Krankenhaus am 17. VII. 1923 ergab sich folgender Befund: Blasses, mittelgenährtes junges Mädchen von 23 Jahren. An den inneren Organen keine nachweisbaren Veränderungen. Eine Anzahl hypertropher Analfalten. Um den ganzen After herum, besonders rechts, über den Sphinkter hinausgehendes, kallöses Ulkus mit schmutzig belegtem Grund und aufgeworfenen, unterminierten Rändern. Das Ulkus geht im Rektum selbst weit nach oben, die oberste Grenze ist nicht abzutasten. Stark fötider Geruch und starke Schmerzhaftigkeit. Nach der Vagina zu, etwa 2 cm vom Scheideneingang entfernt, eine trichterförmige Perforationsöffnung (Scheiden-Mastdarmfistel.) Insuffizienz des Sphinkters; unfreiwilliger Abgang von Stuhl aus Rektum und Vagina. Im Spekulum sieht man an der hinteren Vaginalwand ein etwa fingernagelgroßes schmutzig belegtes Geschwür. An der Basis der linken großen Labie nahe dem Perineum bis zum After reichende fingerdicke Geschwulst. Alte weißliche Narben an der Basis der linken Genitofemoralfalte, übergreifend auf den linken Oberschenkel.

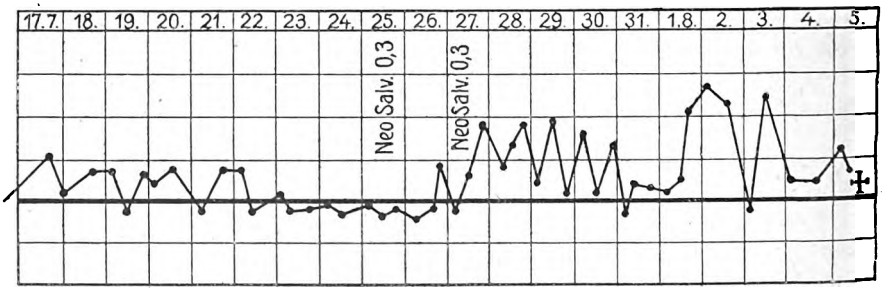
Lebende Spirochaetae pallidae wurden nicht gefunden, was auch nicht zu erwarten war, da bereits vorher wiederholt Salvarsan gegeben war. Deswegen fiel auch die WR schwach positiv aus. Der Ansicht der vorher behandelnden Ärzte, daß die Pat. einmal eine syphilitische Infektion durchgemacht haben mußte, schlossen wir uns auch an mit Rücksicht auf den positiven Ausfall der Blutuntersuchung und die deutlich sichtbaren alten Narben an den äußeren Genitalien. Irgend welche frische Zeichen von Syphilis waren nicht vorhanden. Das Rektalgeschwür wurde als ein Ulcus gangraenosum angesehen. Eine nochmalige genaue Exploration der Pat. ergab, daß wohl normaler Koitus, aber kein Coitus per anum stattgefunden hatte. Auffällig blieb also die primäre Entstehung am After. Eine Probeexzision war aus technischen Gründen nicht möglich. Eine bakterielle Untersuchung auf pathogene Krankheitskeime war zwecklos infolge des Sitzes des Ulkus, dessen Grund natürlich mit allen möglichen Bakterien durchsetzt war.

Die Therapie war zunächst eine lokal antiseptische; nach dem positiven Ausfall der WR wurde — 9 Tage nach der Aufnahme — mit einer

Digitized by Google

antisyphilitischen Kur begonnen; und zwar erhielt die Pat. 2 Injektionen Neosalvarsan à 0,3. Am Tage der 2. Injektion setzte Fieber ein, das in den folgenden Tagen remittierenden und intermittierenden Charakter trug bei bald sehr frequentem, bald weniger frequentem Puls.

Gleichzeitig traten Diarrhoen ein. Hin und wieder Schüttelfröste. Leukozyten 33000. Im Blut wurden pathogene Keime nicht gefunden. Der Urin wurde eiweißhaltig, im Urinsediment waren außer Leukozyten und vereinzelten Erythrozyten hyaline und granulierte Zylinder. Ganz besonders auffällig war eine geradezu rapide Vergrößerung der Leber, deren unterer Rand nach wenigen Tagen in Nabelhöhe angelangt war. Knoten auf der Leberoberfläche waren nicht zu fühlen. Auch eine geringe Vergrößerung der Milz konnte nachgewiesen werden. Etwa 6 Tage nach Beginn des Fiebers trat eine leichte subikterische Hautverfärbung auf, außerdem eine oberflächliche Venenthrombose am linken Oberschenkel. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich von Tag zu Tag, und am 10. Tage nach Einsetzen des Fiebers erfolgte unter zunehmendem Kräfteverfall der Exitus letalis. Das Gesamtbild machte durchaus den Eindruck einer äußerst schweren Sepsis.



Die Sektion hatte folgendes Ergebnis: An der Außenseite der linken großen Labie eine kleine und kurze Fistel, welche zu harten kirsch- bis pflaumengroßen, gegen die Haut nicht verschiebbaren Knoten in der linken Leistenbeuge führt. Auf Einschnitt sieht man zahlreiche in der Subkutis gelegene, unscharf begrenzte Herde, die teils aus Schwielengewebe bestehen, zum andern Teil, besonders zentral, gelbweiße Erweichungsherde mit einem dickbreiigen Detritus und Blutungen aufweisen. Die Milz ist etwa doppelt so groß als normal, sehr weich und morsch; von der blaßgraurosa Schnittfläche, auf der Einzelheiten nicht erkennbar sind, läßt sich mit dem Messer ein dünnflüssiger grauroter Brei abstreichen. Im Rektum findet sich von dem defekten, insuffizienten Sphincter externus aus ein etwa 12 cm hinaufreichendes zirkuläres Geschwür mit unregelmäßig höckrigem Grund, der mit grünlich schwarzen Belägen bedeckt ist. Am Rande dieses Zerfallszylinders nach oben ist die Darmschleimhaut tief unterminiert und hängt in mehreren zungenartigen Fortsätzen stark über. In der Mitte dieses geschwürigen Bezirks geht der Zerfall am weitesten; hier findet sich eine, für einen Daumen bequem durchgängige, unregelmäßig begrenzte Scheiden-Mastdarmfistel. Oberhalb der Geschwürsfläche liegt unter der etwas stark durchfeuchteten, aber im übrigen intakten Schleimhaut ein 1—3 cm starker breiter Mantel von sehr derbem Schwielengewebe, welches von zahlreichen kleinen Zerfallsherden mit gelbweißem rahmigem Inhalt und kleinen Blutungen durchsetzt ist. Der übrige Darm zeigt keine Veränderungen. Die Gallenwege sind ummauert von harten, teilweise zentral erweichten oder gelbweiß verflüssigten Drüsen der Leberpforte, die fest mit der Umgebung verwachsen sind. Der Ductus cysticus ist obliteriert. Die Leber ist fast auf das Doppelte der Norm vergrößert und bietet an der Oberfläche ein buntes Bild von meist rundlichen bis polygonalen leicht erhabenen, in der Mitte etwas eingedellten harten Flecken von Linsen- bis Fünfmarkstückgröße.

Digitized by Google

An der lateralen Fläche des rechten Leberlappens sind die Flecke zu einem überhandtellergroßen landkartenartig begrenzten Bezirk zusammengeflossen. Zwischen diesen Herden finden sich flächenhaft abwechselnd schmutzig graubraune Bezirke von normal konsistentem Lebergewebe neben ebenso ausgedehnten Bezirken von hellerer Farbe, die deutlich härter und scharf abgesetzt sind. Die Schnittfläche bietet dasselbe Bild, doch sind die markig gelbweißen Partien der Leber sehr viel ausgedehnter, bis zu Faustgröße; zeigen ganz homogene und harte Beschaffenheit und sind nirgends erweicht. Im übrigen Lebergewebe landkartenartig ineinandergreifend normales Gewebe mit noch deutlich erkennbarer Läppchenzeichnung. Darunter finden sich einzelne erbsengroße Zerfallshöhlen mit rahmig gelbweißem Inhalt (Abszesse).

In der linken Vena femoralis hart unterhalb der Einmündung der Vena saphena ist das Lumen mit Blutgerinnsel, welche teils weich und schwarzrot, teils derb und graurot sind, eine Strecke weit gefüllt.

Die Sektion der übrigen Organe ergibt nichts Besonderes.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nun einwandfrei, daß es sich bei dem Ulkus im Rektum um ein typisches Adenokarzinom handelte, das in die Vagina durchgebrochen war. In der Leber waren außer den Infarkten und Abszessen zahlreiche typische Karzinommetastasen. Ebenso waren Karzinommetastasen in den portalen und inguinalen Lymphdrüsen. Eine inguinale Metastase hatte eine Fistelbildung erzeugt. Noch bestehende Zeichen von Syphilis konnten bei der Sektion nicht festgestellt werden.

Nach dem überraschenden Sektionsergebnis mußte man sich die Frage vorlegen, ob die Pat. denn überhaupt syphilitisch gewesen ist, besonders wo anamnestisch kein anderer Anhalt für eine derartige Infektion vorhanden war, als daß der Verlobte antisyphilitisch behandelt worden sein sollte. Hingegen waren die obenerwähnten alten weißen Narbenflecke an den Genitalien zum mindesten verdächtig, wenngleich sie auch nicht gerade irgendwie charakteristisch aussahen. Aber die wiederholten und von den verschiedensten Seiten vorher vorgenommenen antisyphilitischen Behandlungen und Blutuntersuchungen, die ausnahmslos positiv ausfielen, lassen doch annehmen, daß eine syphilitische Infektion einmal stattgefunden haben muß. Bei Karzinomen und auch bei allgemeiner Karzinose ist nach den bisherigen Beobachtungen die WR stets negativ. Sie wird allerdings in den Stadien ausgesprochener Kachexie manchmal positiv. Aber von einer Kachexie konnte zu den Zeiten der Blutuntersuchungen bei unserer Pat. keine Rede sein.

Daß die Affektion am After als syphilitisch angesehen wurde, ist verständlich einmal durch den Ausfall der WR und andererseits durch die Lokalisation am Übergang von Haut zu Schleimhaut, denn gerade diese Übergangsstellen sind ja fast immer die bevorzugten Plätze für syphilitische Eruptionen. An die Möglichkeit eines Karzinoms denkt man natürlich bei einer so jungen Pat. nicht gleich, obgleich ja auch gerade für Karzinome der Übergang von Haut zu Schleimhaut eine besonders häufig bevorzugte Lokalisationsstelle ist. Wäre die Pat. nicht erst längere Zeit durch die nutzlose Behandlung von Kurpfuschern hingehalten worden und hätte sie später nicht so oft und so schnell mit den Ärzten gewechselt, dann hätte durch die fortgesetzte Beobachtung durch einen und denselben Arzt und durch genau kontrollierten Erfolg oder Mißerfolg der antisyphilitischen Therapie in bezug auf das Geschwür am After doch ein Verdacht aufsteigen müssen, daß das Ulkus anderen Ursprungs sei. Ob allerdings auch dann noch eine Erhaltung des Lebens möglich gewesen wäre, bleibe dahingestellt.

Digitized by Google

Eine weitere Frage bleibt noch offen; nämlich die, ob vielleicht die Salvarsanbehandlung, vielleicht durch die immerhin ziemlich beträchtliche Arsenkomponente, einen Anteil hat an dem rapid zugenommenen Wachstum des Karzinoms. Da aber häufig beobachtet worden ist, daß die malignen Geschwülste gerade im jugendlichen Alter auch ohne irgend erkennbare Ursache plötzlich rapid wachsen und sehr schnell zum deletären Ausgang führen, kann man dem Salvarsan nicht die Schuld geben, auf die Karzinomzellen wachstumsreizend gewirkt zu haben. Wahrscheinlicher ist, daß die Pat. auch ohne jede antisyphilitische Therapie innerhalb der kurzen Zeit von $^1/_2$ Jahr dem malignen Tumor zum Opfer gefallen wäre.

Wenn die Annahme der konstatierten syphilitischen Infektion zu Recht besteht, muß auch an die Möglichkeit gedacht werden, ob sich nicht auf eine ursprüngliche syphilitische Eruption ein Karzinom aufgepflanzt hat, wie sich ja auch auf dem Boden von lupösen Geschwüren Karzinome entwickeln können.

Der Fall bietet auch nach der kriminalistisch-juristischen Seite ein besonderes Interesse. Der Vater der Pat. hatte die Absicht, gegen den Bräutigam eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft zu erstatten. Auf Grund des Sektionsbefundes mußte ihm abgeraten werden, die Anklage wegen schwerer Körperverletzung mit nachfolgendem Tode zu stellen, da sie sich nicht hätte aufrechterhalten lassen.

Ob eine Anklage auf Grund des § 3 der Verordnung vom 11. XII. 1918 (Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach wissen muß, daß er geschlechtskrank ist usw.) zu einer Bestrafung des betreffenden Bräutigams führen würde, wäre abhängig von der Aussage der behandelnden Ärzte und der der Verstorbenen. Da das Zeugnis der letzteren fehlt, wird sich der genaue Zeitpunkt des Verkehrs, auf den es doch immerhin ankommen würde, nicht feststellen lassen. Also erscheint auch der Erfolg einer Anklage aus § 3 der Verordnung vom 11. XII. 1918 zweifelhaft.

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten in Essen (Chefarzt: Prof. Dr. Bering).

Zu den Bemerkungen von Dr. Erich Schmidt[1]) über meine Arbeit: „Bedenken gegen die Salvarsanmischspritze".

Von

Dr. Alois Memmesheimer.

1. Es ist ein Mißverständnis von Schmidt, wenn er meint, wir stützen unsere Ansicht über die Mischspritze nur auf die 3 mitgeteilten Fälle. Unter anderem waren gerade die serologischen Mißerfolge für die endgültige Beurteilung maßgebend, wie sich bei aufmerksamem Lesen meiner kleinen Mitteilung ergibt. Dadurch werden die am Schlusse seiner Arbeit gemachten „Bemerkungen" hinfällig. Auf die serologischen Ergebnisse bei der Mischspritzenbehandlung wird Lohmann in einer späteren Arbeit, die sich auf das große und sehr gut beobachtete Material der hiesigen Beratungsstelle stützt, näher eingehen.

---

[1]) Derm. W., Nr. 33.

Digitized by Google

2. Die von Schmidt erwähnte Ebelsche Statistik ist bei näherer Betrachtung doch recht ungünstig. Schmidts sehr günstige Zahlen sind von anderer Seite nicht in gleichem Umfange bestätigt worden. In einer neuen Statistik aus der Rostocker Klinik sagt Brann: „Die große Divergenz zwischen den Schmidtschen und unseren Zahlen können wir gar nicht oder kaum mit unserer strengeren Bewertung der Serumreaktion erklären, teilweise aber wohl damit, daß Schmidt größere Salvarsanmengen usw. gegeben hat". Die schlechteren Dauerergebnisse haben auch die Rostocker Klinik zu einem langsamen Abrücken von der Linser-Methode veranlaßt.

3. Ich nenne von ablehnenden Autoren außer den angeführten noch E. Hoffmann, Forster, Weise, Nagel, Negendank, Kromayer, Rothman u. a. Außerdem verhalten sich die meisten großen Kliniken ablehnend.

Auch wir müssen für die allgemeine Praxis die kombinierte Behandlungsmethode ablehnen, weil sie nach den Erfahrungen der hiesigen Beratungsstelle in ihrer Wirkung nicht genügend ist, und weil ihre Einfachheit die Gefahr einer gewissen Oberflächlichkeit für den Arzt in sich birgt.

Theodor Veiel

Am 13. September 1923 ist unser allverehrter und geliebter Vorsitzender der D. Derm. Ges. von einem sanften Tod hinweggenommen worden. Wie sein Leben unter einem Glücksstern stand, und wie ihm alles, was er unternahm, nach Wunsch ging, so ist ihm auch d e r erfüllt worden, bei der ruhig erwarteten Abberufung von dieser Erde nicht mehr leiden zu müssen. Er hat kurz vor seinem Ableben noch die weite Reise nach Königsberg zum Besuch seiner Tochter machen und viel Schönes erleben und voll genießen können. Zu Königsberg hat er bei der feierlichen Eröffnung der neuen dermatologischen Klinik die D. Derm. Ges. vertreten.

Die Beisetzung erfolgte in aller Stille; Kranzspenden und Reden hatte sich der Verstorbene verbeten. So konnte der Schreiber dieses nur wenige Dankesworte sprechen.

Durch dieses Ereignis ist die ganze Gemeinschaft der deutschen Hautärzte in Trauer versetzt.

Geboren 1848 und aufgewachsen in der ersten, von seinem Vater 1827 gegründeten „Flechtenheilanstalt" Deutschlands in Cannstatt, hat er sich von Jugend auf mit dem Sonderfach der Hautkrankheiten vertraut machen können. So naheliegend es gewesen wäre, sich hierauf zu beschränken, so bezeichnend war es für den umfassenden Geist Veiels, daß er die allgemeine ärztliche Tätigkeit nicht vernachlässigte, sondern sich bei der Leitung des Bezirkskrankenhauses in Cannstatt, die ihm, ihn selbst überraschend, schon in ganz jungen Jahren übertragen wurde, sowohl in der inneren Medizin als auch in der Chirurgie auf der Höhe zu halten wußte. Zu diesem Zwecke dienten ausgedehnte Reisen, z. B. nach England und Schottland, von wo aus damals die Chirurgie durch die Entdeckung Listers einen neuen Aufschwung nahm, nach Wien, wo Hebra die Grundmauern für die neue Wissenschaft von den Hautkrankheiten errichtete. So kam er schon früh mit den bedeutendsten Leuchten der medizinischen Wissenschaft in Berührung und hat solche Verbindungen auch mit den jüngeren aufstrebenden Dermatologen, um von den Verstorbenen nur zu nennen Kaposi, Neumann, Pick, Lipp, Neisser, Doutrelepont usw., zu festen Freundschaftsverhältnissen entwickelt. Auch mit den außerdeutschen bedeutenden Dermatologen stand er in ausgedehnter Verbindung. Hierzu trug besonders auch bei, daß seine Heilanstalt, die lange Zeit fast die einzige in Europa war, auch sehr stark von Ausländern besucht war. Diese Anstalt war von einem gewissen Zauber umgeben. Man war der Überzeugung, daß man hier Hautkranke heile, mit denen die bedeutendsten Kliniker nicht fertig geworden waren. Und diese selbst schickten ihm in diesem Falle Leute von Bedeutung, Staatsmänner usw. zu. Bei Veiel stand eine riesige praktische Erfahrung auf guter wissenschaftlicher Grundlage. Und die großen Erfolge wurden ganz gewiß unterstützt durch das Vertrautsein mit der allgemeinen Medizin, die nicht nur die Haut, sondern den ganzen Körper zu berücksichtigen und einzuschätzen verstand.

Digitized by Google

Von diesem reichen Schatz gesammelter Erfahrungen in der Behandlung von Hautkrankheiten zeugen viele aus der langen Reihe seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen, wie sie gelegentlich von Veiels 70. Geburtstag im 126. Band der A. f. D. u. S. bekanntgegeben wurden. Hierin wie auch bei wissenschaftlichen Verhandlungen trat zutage, wie Veiel das Wesentliche aus Dingen und Vorgängen rasch und scharf zu erfassen wußte. So war er doch eigentlich der erste, der erkannte, daß das Eczema solare auf Wirkung der ultravioletten Strahlen zurückzuführen ist. Bei der Pyrogallolbehandlung des Lupus erkannte er, daß einerseits eine möglichst gründliche Zerstörung der Lupusherde vorgenommen, daß die Behandlung aber auch lange hinausgezogen und so die Herde lange offengehalten werden müssen, damit einerseits die Abstoßung der Erreger nach außen ermöglicht und der Wiedereinschluß der Erreger verhindert wird.

Es ist natürlich, daß es einer solch hervorragenden Persönlichkeit an äußeren Ehrungen nicht gefehlt hat. Er war Ehrenmitglied verschiedener deutscher und auswärtiger dermatologischer Gesellschaften, Mitglied des Reichsgesundheitsrates seit 1900. Seit 1913 war er Vorsitzender der D. Derm. Ges. Wie er diese Stellung ausfüllte, zeigt, daß er sowohl in Hamburg wie in München, als er wegen seines hohen Alters abtreten wollte, auf einheitlichen Widerstand aller Mitglieder stieß. Alle bewunderten die Geistesfrische, mit der er im Mai den Münchner Kongreß eröffnete, und die Ausdauer, mit der er pflichteifrig allen Sitzungen beiwohnte.

Veiel hat auch die Zusammenkünfte der süddeutschen Hautärzte, eine der ersten Einrichtungen dieser Art, mitgegründet und war Ehrenvorstand der Vereinigung Württ. Hautärzte.

Da Veiels ganzes Verhalten darauf gerichtet war, der ihm verliehenen Ehrungen würdig zu sein und würdig zu bleiben, erwuchsen ihm daraus keine Widersacher und keine Neider. Man kann sagen, daß sie ihm allgemein neidlos als verdient zugebilligt wurden.

Was so oft der Fall ist, daß bei bedeutenden Leuten gewisse menschliche Vorzüge zu kurz gekommen sind, bei ihm war alles im Einklang.

Er stand unter einem glücklichen Stern und hat sein reiches Leben unangefochten genießen können. Nicht unangefochten allerdings von Krankheit. Schon vor Jahren an Duodenalulkus auf den Tod erkrankt, so daß er von seiner Familie schon Abschied genommen hatte, hat er später oft an Darmkoliken gelitten, aber durch eiserne Verfolgung der ihm gedeihlichen Lebensweise sich doch zu hohem Alter gebracht.

Veiel konnte jedem etwas geben, denn er hatte viel zu geben. Er war mit großem Gedächtnis ausgestattet und nicht einseitig. Mit den Fortschritten der Naturwissenschaften war er auf dem Laufenden geblieben, liebte besonders Pflanzenkunde und Gartenkunst, war mit den schönen Künsten vertraut und durch seine Reisen mit einem großen Teil der Welt bekannt. Er hat die Geschichte seiner altrömischen Vaterstadt Cannstatt wie deren merkwürdigen Quellen verfolgt.

Allen, die mit ihm gemeinsam zu Zusammenkünften fuhren oder davon zurückkehrten, wurden diese Stunden durch seine Unterhaltung genußvoll und unvergeßlich.

Das Bild wäre unvollständig, wenn nicht sein Wirken im Sinne der ärztlichen Kollegialität erwähnt würde. Die Ehrenstellen, die ihm dadurch zuteil wurden, zeigten, wie ihm sein unparteiisches, versöhnliches Wirken das Vertrauen aller Kollegen gesichert hatte.

Es wird selten sein, daß ein Mann mit 75 Jahren noch eine solche schmerzliche Lücke hinterläßt, wie es hier der Fall ist.

Uns Älteren wird Veiel, wie er es im Leben war, ein Vorbild bleiben. Aber auch den Jüngeren möchte ich empfehlen, die seltene Persönlichkeit vor Augen zu behalten, die zeigte, daß man guter Deutscher auch den Ausländern gegenüber sein kann, daß man vorwärts und aufwärts streben kann, ohne andere zu unterdrücken, daß man die Wissenschaft um der Wissenschaft willen pflegen und sie nicht bloß als Leiter zum Aufsteigen benützen soll. Daß man seine menschlichen Eigenschaften nicht soll verkümmern lassen, und daß man in der Wissenschaft sich nicht zu sehr in Einzelheiten verlieren und nicht den Überblick über das Ganze preisgeben soll. Von Veiel können wir ferner lernen, daß sich eine erfolgreiche Behandlung nicht in erster Linie auf wissenschaftliche Erkenntnis, sondern auf geschulten Blick und geläuterte, unbefangene, vorurteilslose Beurteilung der tatsächlichen Wirkung der angewandten Heilmittel gründen muß.

F. Hammer-Stuttgart.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The American Journal of Syphilis.

Januar 1923, Nr. 1.

Die Wirkungen von Quecksilbereinatmungen auf den tierischen Organismus (The Effects of Mercury Inhalation Upon the Animal Organism), von Jakob Gutman-Brooklyn Die Quecksilbereinatmungstherapie der Syphilis ist jahrhundertelang begeistert verwandt worden, dann in Mißkredit geraten, um jetzt allmählich wieder zur Anwendung zu kommen. So groß die Literatur über alle möglichen Arten von tödlichen Quecksilbervergiftungen auch ist, so gibt es doch keine Sektionsberichte von den wenigen durch Quecksilbereinatmung Verstorbenen. Verf. benutzte zu seinen Versuchen Meerschweinchen, von denen er zunächst eine größere Zahl mit $^1/_{10}$ bis 1 g metallischen Quecksilbers fütterte. Die Tiere starben alle nach 3—7 Tagen. Zu den Einatmungsversuchen wurden die Tiere in Pappkästen gebracht, in die vom Boden aus durch eine Glasröhre Dämpfe von metallischem Quecksilber hineingeleitet wurden. Bei Mengen von $^1/_2$—2 g Quecksilber starben die Tiere in 4—8 Tagen. Chemisch wurde das Quecksilber in den Organen nach deren Verbrennung als Sulfid nachgewiesen. Die stärksten Veränderungen fanden sich am Verdauungstraktus und an den Lungen. Die Därme zeigten Stauung, Schleimhautentzündung und Geschwüre, die Lungen ebenfalls Stauung und hämorrhagische Infarkte. Histologisch fand sich Zelinfiltration und Ödem der Submukosa, Ulzeration der Epithelschicht im Intestinaltraktus, in den Lungen fanden sich die Alveolen ausgefüllt mit Blut und desquamiertem Epithel, Rundzelleninfiltration in den Bronchien; schwerere Veränderungen fanden sich sonst nur noch an den Nieren.

Primäraffekte an den Genitalien (Syphilitic Genital Chancre), von B. Parounagian und Herm. Goodman-New-York City. In Anbetracht der oft schwierigen Diagnose genitaler Geschwüre und der Wichtigkeit, einen Primäraffekt rechtzeitig zu erkennen, ist diese Arbeit geschrieben worden. An der Hand von 21 Aufnahmen werden die verschiedensten Formen des Primäraffektes erläutert.

Klinik für Geschlechtskranke, Städt. Krankenhaus, Toledo (Venereal Disease Clinic. The Toledo Municipal Hospital), von W. Huffer-Toledo, Ohio. Beschreibung des nach modernen Grundsätzen eingerichteten Krankenhauses, das in der Hauptsache zur poliklinischen Behandlung dient.

Syphilis der Nebennieren (Syphilis of the Adrenals), von W. H. Deaderick-Hot Springs Nationalpark, Ark. Nach einer übersichtlichen Zusammenstellung der wichtigsten bisher über diese Krankheit gemachten Beobachtungen bringt Verf. einen eignen Fall: Eine 40jähr. Pat., die seit 8 Monaten an Erbrechen leidet, bereits wegen Schwellung der Zervikaldrüsen vor einigen Monaten antiluetisch behandelt wurde, und wegen Pigmentation der Haut zur Aufnahme kommt. Über den ganzen Körper verstreut waren zahlreiche braune, später schokoladenfarbene Flecke. Die Haut dazwischen war weißer als normal. WR positiv. Etwa 1 Monat nach Eingabe von Adrenalin und intramuskulären Quecksilberinjektionen blaßte die Pigmentation ab.

Syphilisbeobachtungen aus der Praxis. V. (Practical Observations on Syphilis), von H. H. Hazen-Washington. Genaue Schilderung der Symptome der erworbenen Syphilis des Auges und des Ohres und ausführliche Besprechung der kongenitalen Syphilis, ihrer Folgezustände und ihrer Therapie, die sich im großen und ganzen mit den augenblicklich bei uns geltenden Anschauungen deckt.

Argyrosis und ihre Beziehungen zur Silbertherapie (Argyria and its Relation to Silvertherapy), von C. N. Myers-Brooklyn. In dem ersten geschichtlichen Teil werden in übersichtlichen Tabellen sämtliche auffindbar gewesenen Fälle von Argyrosis zusammengestellt. Der erste berichtete Fall stammt aus dem Jahre 1647, und ist nach dem inner-

Digitized by Google

lichen Gebrauch von Silbernitrat zur Epilepsietherapie eingetreten. Um Klarheit über die Art der Einlagerung von Silbersalzen zu bekommen, hat Verf. eine Reihe von Tierexperimenten vorgenommen, über die er im folgenden Heft berichtet.

Die Quecksilber-Inhalationstherapie der Syphilis. Historische Übersicht (The Mercury Inhalation Therapy of Syphilis. An Historical Review), von Jakob Gutman. Schon die Chinesen sollen die Inhalation zur Heilung der Syphilis gebraucht haben. In umfangreichstem Maße ist die Methode im Mittelalter gegen die großen Syphilisepidemien angewendet worden. Reines Quecksilber ist fast nie verwendet worden. Die angewendeten Methoden waren geradezu brutal und hatten viele Unfälle zur Folge. So ist man allmählig trotz ihrer großen therapeutischen Bedeutung langsam von ihnen abgekommen.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion (A Case of Syphilitic Re-Infection), von H. Schoenrich-Baltimore. Ein Fall von Lues kam Ende September 1920 mit Primäraffekt, makulo-papulösem Exanthem und Plaques im Munde in ärztliche Behandlung. Nach Injektion von 5 Neosalvarsan zu 0.6 war die WR im Dezember 1920 negativ. Im Februar 1921 kam Pat. mit typischem Ulcus durum am Penis in Behandlung und die WR war noch negativ.

Die Wassermannsche Reaktion in der Schwangerschaft (The Wassermann Reaction in Pregnancy), von Will. A. Hinton-Boston. Zur WR wurden 2 cholestearinisierte Antigene benutzt. Es wurden Schwangere aus verschiedenen Bostoner Kliniken untersucht. In einem größeren Prozentsatz von Fällen sind die Untersuchungen positiv ausgefallen, besonders unter den armen Schichten und am stärksten unter den strafgefangenen Frauen.

Folgen der Salvarsantherapie und ihre Behandlung (Reactions Following Arsenobenzene Administration and Their Treatment), von A. Reith Fraser und A. G. B. Duncam-Aberdeen.

E. Rosenbaum-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1923. Nr. 7.

Zur Frage der intertriginösen Pilzerkrankungen; mit Bezug auf den Bericht von Dr. Petges auf dem letzten französischen Dermatologenkongreß (La question des intertrigo-mycoses; a propos du rapport de M. Petges au congrès récent des dermatologistes de langue française), von R. Sabouraud. S. 425—432. Die Mikrobenintertrigo ist nach S. eine neue Streptokokkenintertrigo; jeder andere Bazillenbefund ist nur sekundär. Entfernt man durch vorheriges Abwischen der intertriginösen Stelle mit Jodalkohol die sekundären Auflagerungen und Bazillenansiedlungen, so wird man immer Streptokokken finden. Ähnlich verhält es sich bei der typischen Pilzintertrigo, dem Eczema marginatum Hebrae. Verf. verurteilt die Sucht vieler Autoren, durch wenig sorgfältiges Arbeiten neue Pilzarten entdecken zu wollen, ohne nach den bisher bekannten genügend geforscht zu haben. Er schlägt deshalb vor, daß stets mehrere Laboratorien mit ein und demselben Krankheitsmaterial beschickt werden sollen, um den betreffenden Fall gründlich zu erforschen. Nur so lasse sich dem Wirrwarr, der auf dem Gebiete der Pilzkrankheiten herrscht, vorbeugen.

Über das pagetartige Epitheliom (De l'épithélioma pagetoide), von O. Eliascheff-Straßburg. S. 433—444. An dem Fall interessiert besonders die Histopathologie, die in vielen Punkten von den früher beschriebenen Fällen abweicht. Schnitte aus der ersterkrankten Stelle bis etwa zur Tumormitte hin zeigten eine hyperkeratotische, stellenweise sehr atrophische Epidermis, teilweise nur eine kernlose Zellschicht und eine zweite Schicht mit Keratohyalin. Anstatt der wellenförmigen Abgrenzung zwischen Epidermis und Kutis fand sich Zapfenbildung, deren Basalschicht palisadenförmige Zellen enthielt. Die Zellen waren geschwollen, der Kern deformiert (Typus der pagetartigen Epitheliomzellen). Im Papillarkörper fand sich entzündliche Reaktion mit vielen Plasmazellen (auch Mastzellen) und nur wenigen Leukozyten. Unterhalb der dyskeratotischen Zellen war ein regelrechtes bandartiges Plasmom zu sehen. Dieser basozelluläre Charakter änderte sich auf Schnitten, die aus der Tumormitte gewonnen wurden. Hier bestand eine Proliferation der Stachelzellenschicht, teils in Form einzelner Zellen, teils in Läppchenform. Weiterhin fanden sich diesen angelagert basozelluläre Epitheliomknoten in Verbindung mit der Epidermis.

Digitized by Google

Beitrag zum Zellstudium des Syphiloms (Contribution à l'étude cytologique du syphilome), von Ch. Laurentier-Toulouse. S. 445—457. An einem Material von acht Fällen tertiärer Syphilis hat Verf. in Abstrichen sowohl wie an Schnitten (Färbung nach May-Grünwald, Giemsa) die Frage der für Syphilom spezifischen Zellzusammensetzung nachgeprüft. Im Gegensatz zu Unna fand er nur wenig Plasmazellen, statt dessen reichlich Elemente vom Typus der Bindegewebszellen, deren Metaplasien die Zellformel für das Syphilom bildeten. Ferner fielen ihm auf durch Zahl, Entwicklung und physiologische Tätigkeit die „Makrophagen". Auf Grund seiner Befunde neigt Verf. zu der von Cornil und Ranvier vertretenen Ansicht, daß die das Infiltrat bildenden Zellen mehr embryonale Elemente sind, geeignet, sich nach verschiedenen Richtungen hin zu entwickeln. Die Untersuchung der Gefäßwandungen zeigte starke Beteiligung des Endothels, das bei den Kapillaren im Lumen, bei größeren Gefäßen in Haufenbildung zwischen Intima und Media gefunden wurde. Verf. ist der Überzeugung, daß diese Zellen verwandt sind mit den von Darier beschriebenen Sternzellen und letzten Endes nur modifizierte Bindegewebszellen sind. Somit ist die bindegewebige Reaktion des Syphiloms das Primäre, die epithelialen Läsionen das Sekundäre.

Zur Frage des Hautpigments (Autour de la question du pigment cutané), von K. Lindberg. S. 448—483. Sammelreferat. Ausführliche Literaturangabe.

Noch ein Fall von einseitigem Hutchinsonschen Zahn (Encore un cas de dent d'Hutchinson unilatérale), von A. Lyon. S. 484—485. Kasuistischer Beitrag zu den von Audry bereits veröffentlichten zwei Fällen von einseitigem Hutchinson-Zahn. Der Fall betraf einen $16^1/_2$jährigen Mann, bei welchem der rechte mediane obere Schneidezahn Schrägstellung von außen nach innen zeigte und $^3/_5$ kleiner war als der entsprechende linke. Es fehlte ihm allerdings die ovaläre Gestalt. Die WR war schwach positiv. Der Vater des Kranken war Tabiker. F. Quasig-Hamburg.

Acta dermatologica. Japan.

Bd. 1, Heft 1.

Über die inaktivierende Wirkung der Farbstoffe auf hämolytisches Komplement bei Belichtung, von H. Yanagihara-Dairen. S. 1—38. Bezug nehmend auf eine frühere Arbeit „Über die sensibilisierende Wirkung der Farbstoffe auf Bakterien" wurden analoge Versuche mit dem hämolytischen Komplement angestellt. Die Wirkung ist im wesentlichen die gleiche, die Wirkung der halogenhaltigen Farbstoffe ist am stärksten. Die bakterizide Kraft der Farbstoffe unter Mitwirkung des Sonnenlichtes geht mit der Entfärbbarkeit der Farbstoffe parallel. — Oxydationsmittel sind nicht imstande, die durch Belichtung entfärbten Farbstoffe wieder zu färben, diese abgeblaßten Farbstofflösungen sind ohne sensibilisierende Wirkung. — Die inaktivierende Wirkung der Oxydationsmittel auf das hämolytische Komplement hängt von der Intensität der Oxydationskraft ab.

Über einen embryonalen Nierentumor beim Kaninchen, von Y. Adachi-Kyoto. S. 39—50. Beschreibung eines Falles eines beim Kaninchen besonders seltenen Adenosarkoms.

Über die sogenannte Porokeratosis Mibelli, von H. Ishimaru-Kyoto. S. 51—64. 8 Fälle dieses Leidens wurden beobachtet, in einem Fall ein Rezidiv in den schon atrophisch verheilten Porokeratosisflecken. Befallen wurde Stirn und in zwei Fällen die Mundschleimhaut. Die Dermatose beschränkt sich nicht auf Hyperkeratose der Schweißdrüsen, die Haarfollikel zeigen die gleiche Verhornungsanomalie.

Über eine knorpelige Neubildung am Kaninchenohr nach mechanischer Reizung, von S. Akatsu-Kyoto. Verf. befestigte in dem Ohr der Versuchstiere, nach Durchbohrung des Ohres mit einem scharfen Messer, in der so geschaffenen Öffnung eine Metallklammer, wie wir sie zum Verschluß von Mustertüten verwenden. In fast allen Fällen kam es zu Entzündungserscheinungen und Gewebswucherung; nach mehreren Wochen bildete sich daraus ein fast kirschgroßer Tumor aus Knorpelsubstanz, ohne Neigung zur Verkalkung oder zu maligner Umbildung. Nach Entfernung der Klammer bildete sich der Tumor langsam zurück.

Über einen Fall von Lungensyphilis, von T. Matsuura-Kyoto. S. 71—87. Beschreibung eines Falles von Lungentumor mit positiver WR.

Digitized by Google

Heft 2.

Rhinosklerom, von N. Takeuchi-Nagoya. S. 111—136. Verf. berichtet über mehrere Fälle von Rhinosklerom, die er in Wien und New York studiert hat. Den von Frisch als Erreger bezeichneten Bazillus hält er nicht dafür, da er im Tierexperiment sich nie als pathogen erwies. Als Erreger glaubt er vielmehr ein spirochätenähnliches Protozoon ansehen zu dürfen, das er in allen 5 Fällen im Gewebe und in den Mast- und Mikuliczzellen nachweisen konnte.

Über die sogenannte Dermatitis verrucosa (Anthony), von H. Ishimaru-Kyoto. S. 138—172. Bericht über 4 Fälle dieser der Tuberculosis verrucosa oder der Syphilis cutanea verrucosa gummosa äußerlich ähnelnden Dermatose. Sie unterscheidet sich von den beiden genannten Krankheiten 1. durch viel schnelleres Fortschreiten, 2. durch leichte Heilbarkeit bei Anwendung irgendwelcher Desinfektionsmittel. Aus den Krankheitsherden ließen sich Bact. coli und gewöhnliche Eiterkokken u. ä. züchten, von Pilzkulturen oder -nachweis wird nichts berichtet. Befallen werden am häufigsten die Handrücken, es bilden sich papillomatöse Wucherungen und siebförmge Fistelgänge, die auf Druck eigentümlich riechenden Eiter entleeren. Die Krankheit schreitet schnell mit serpiginösem, erhabenem Wall fort, während im Zentrum narbige Abheilung erfolgt. Lysolbäder haben sich therapeutisch bewährt.

Fettsäurefärbung durch Kresofuchsin, von S. Mori-Kyoto. S. 173—181. Kresofuchsin färbt die Fettsäuren am stärksten, die übrigen Fettsubstanzen wenig oder gar nicht, elastisches Gewebe, Knorpelgrundsubstanz, Hornsubstanz und Mastzellengranula stark bläulichrot, Zellkerne, Amyloid und Muzin schwach rot, Zellprotoplasma und kollagene Fasern bleiben fast ungefärbt. Die Färbung mittels Kresofuchsin gestaltet sich folgendermaßen: Fixieren in Formalin, Gefrierschnitt, Vorfärben mit Hämatoxylin, gut auswaschen in Wasser, etwa 3 Min. in Wasser von 71° C, färben 1—2 Min. in 0,3%iger Kresofuchsinwasserlösung von 71° C, auswaschen in destilliertem Wasser, einlegen in Glyzerin oder Glyzeringelatine.

Über Syphilis ventriculi, von T. Kimura-Kyoto. S. 182—192. Unter der Diagnose eines Magenkarzinoms wurde bei dem Pat. mit positiver WR der Magen reseziert. Der Pat. wurde außerdem antiluetisch behandelt und dann geheilt entlassen. Der Tumor war gut abgegrenzt, keinerlei Drüsen irgendwo nachweisbar. Er bestand aus plasmazellenreichem Granulationsgewebe und Veränderungen an den Gefäßen im Sinne einer Endarteriitis obliterans; nichts spricht in den beigegebenen Abbildungen für Ca; ex iuvantibus wurde die Diagnose auf Lues gestellt.

Gangränöses Erysipel, durch Bacillus pyocyaneus hervorgerufen, von K. Hatai-Dairen. S. 193—199. Ein 3jähr. Kind, an Gesichtserysipel, zum Teil gangränös, ad exitum gekommen, zeigt bei der Sektion die Anzeichen allgemeiner Sepsis. Aus dem Eiter der Gesichtsaffektion und den Lungenabszessen läßt sich der Bacillus pyocyaneus züchten.

Ein Fall von Pityriasis rotunda (Matsuura), von M. Abe-Kyoto. S. 200—202. Pityriasis rotunda ist eine Dermatose, die charakterisiert ist durch kreisrunde, abschuppende Flecke, welche an Rumpf und Extremitäten isoliert oder in Haufen auftreten und nur langsam wieder verschwinden. Der Fall betrifft eine Patientin. die mit zahlreichen (im ganzen über 150) Flecken behaftet ist, deren größere 14—15 cm und deren größter über 30 cm im Durchmesser messen. Merkwürdigerweise ist auch das Gesicht mit einigen Flecken besetzt.

Über die photodynamische Wirkung der Farbstoffe auf Hämolysin, von H. Yanagihara-Dairen. S. 203—216. Die 32 untersuchten Farbstoffe (saure und basische Anilinfarbstoffe) wirken im großen und ganzen photodynamisch gleich auf Bakterien, Erythrozyten, hämolytisches Komplement und Hämolysin. Bei kurzer Belichtung sind die halogenhaltigen Verbindungen photodynamisch wirksamer, bei langer Belichtung ist die Wirkung halogenhaltiger und halogenfreier gleich stark; die photodynamische Wirkung der Farbstoffe ist überhaupt nur schwach.

Zur Kenntnis des Vakzineerregers beim Kaninchen, von K. Yokota-Tokio. S. 217—227. Wenn der Harn von frisch vakzinierten Kaninchen, anderen noch nicht geimpften Kaninchen subkutan oder in die Hoden eingespritzt wird, ruft er hier fast immer spezifische Veränderungen hervor. Auch bei den Tieren, welche auf die Harninjektion ohne sichtbare Veränderung reagierten, fielen spätere Revakzinationsversuche negativ aus. Intravenöse Injektionen mit Vakzineerregern erzeugen beim Kaninchen keine Orchitis.

A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine Section of Dermatology.

Sitzung vom 19. April 1923.

GEORGE PERNET: **Fall von ausgebreitetem Lupus erythematosus verbunden mit Symptomen RAYNAUDscher Krankheit und frühzeitiger Sklerodaktylie** (Case of Disseminated Lupus Erythematosus Associated with RAYNAUD Symptoms and Early Sclerodactylie). Frau von 45 Jahren, seit der Kindheit an Frostbeulen leidend.

WILFRIED FOX: **Parapsoriasis-Typus der Xantho-erythrodermia perstans** (Parapsoriasis-Type Xantho-erythrodermia perstans). 45jähr. Mann, seit 20 Jahren ärztlich beobachtet. Zahlreiche ovale, rotbraune Flecke, am Rumpf dem Verlaufe der Rippen entsprechend, an den Armen ekzematoid, stellenweise lichenifiziert. Beträchtliche Besserung nach Parathyroid und 2% Naphtholsalbe.

HALDIN DAVIS: **Fall von Pityriasis lichenoides chronica.** Winzige schuppende Papeln über Rumpf und Extremitäten ausgebreitet: Gesicht, Hände, Füße frei. Resistent gegen jede Behandlung.

J. H. SEQUEIRA: **Fall von kongenitaler Onychogryphosis** (Case of Congenital Onychogryphosis). Bei dem 2jähr., mit 7 Monaten geborenen Kinde waren bei der Geburt die Nägel noch nicht entwickelt, sie wuchsen dann an allen Fingern und Zehen in hypertrophischer Weise, derb, bräunlich.

L. SAVATARD: **Fall von Xanthoma (diabeticorum?).** Typische Xanthome von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße an beiden Ellenbogen, der linken vorderen Achselgegend, dem Gesäß. Im Harn kein Zucker, Toleranzkurve für Zucker normal. Trotzdem wird mit Rücksicht auf Diabetes der Mutter und in Analogie mit anderen ähnlichen Fällen angenommen, daß später Diabetes eintreten wird.

H. W. BARBER: **Fall von Urticaria pigmentosa.** Erstes Auftreten im Alter von 20 Jahren, nach starker Indigestion ausgebreitet. Es erscheint fraglich, ob die gewöhnliche kindliche Urticaria pigmentosa und die der Erwachsenen gleicher Natur sind; erstere ist ein nävoider Zustand, die der Erwachsenen dürfte eine toxische Eruption sein.

H. C. SEMON: **Fall von ungewöhnlich lokalisierter Ichthyosis** (Case of Unusual Localisation of Ichthyosis). Die bei der Geburt festgestellte Lokalisation an den Seiten des Nackens, der Weichen und geringgradig am Rücken scheint den Fall in die Gruppe der bilateral symmetrischen Erkrankungen zu verweisen (durch die Keratosis palmaris et plantaris hereditaria repräsentierter Typ).

H. C. SEMON: **Fall von Narben nach Gasverbrennung** (Case of Gasburn Scarring). Im Felde zustande gekommene Verbrennung, von der die gewölben Partien des Rückens und Gesäßes vom Nacken bis zu den Schenkeln betroffen sind, während die Lenden und die Interskapulargegend verschont blieben. Narben oberflächlich, keine Neigung zu Kontraktionen; abgesehen von einem kleinen Knötchen keine Keloidbildung.

S. E. DORE: **Fall von Brusttumor mit Hautatrophie** (Case of Breast Tumour with Atrophy of Skin [shown at a previous Meeting]). Die inzwischen vorgenommene histologische Untersuchung des in einer früheren Sitzung gezeigten Falles ergibt ein Bild, das von den meisten Anwesenden als Neurofibrom gedeutet wird.

E. Levin-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes.

1923, Bd. 18, Nr. 8.

Klinische Untersuchungen über die verschiedenen Wege der Darreichung von Arsensalzen, besonders des Glukarsenans (Recherches cliniques sur les différentes voies d'aministration des sels arsénicaux et en particulier du Glucarsénan), von LEVY-BING, FEROND und DEMERLIAC. S. 517—597. Während die Erfolge bei der intravenösen Injektion — wahrscheinlich infolge zu kleiner Dosen — nicht befriedigten und die intramuskuläre und subkutane Einspritzung sich als sehr schmerzhaft erwies, sahen Verff. von der oralen Verabreichung Günstiges und empfehlen diesen Weg als den angenehmsten. Auch große Dosen werden vom Verdauungstraktus gut ertragen; man kann 10 Tage täglich bis zu 2 g geben, macht dann einige Tage Pause, um dann wieder eine neue Dekade zu beginnen.

Saprophytismus und Geschlechtskrankheiten (Saprophytisme et maladies vénériennes), von G. BELGODÈRE. S. 598. Klinisch anscheinend vollkommen gesunde

Digitized by Google

Individuen können dadurch, daß sie Krankheitskeime beherbergen, bekanntlich doch noch infektiös sein. Das gilt im besonderen vom Ulcus molle, in bedingtem Maße aber auch von der Syphilis und Gonorrhoe.

Ein Fall von primärem Gumma der Harnröhre (Un cas de gomme ulcérée primitive de l'urètre), von B. VALVÈRDE-Rio de Janeiro. Spätheredităre Lues, deren erstes und lange einziges Symptom wiederholt und in letzter Zeit sich häufende Hämaturie war, als deren Ursache eine große Ulzeration in der vorderen Harnröhre gefunden wurde. Heilung durch Neosalvarsan und kolloidales Hg. F. Landauer-Berlin.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1923. Bd. 64. H. 4.

Über die Epidermomykosen der Hände und Füße, welche Ekzem, Dysidrosis und Intertrigo vortäuschen, mit besonderer Bezugnahme auf zwei derartige von KAUFFMANN-WOLFF beschriebene Fälle (Sulle epidermomicosi delle mani e dei piedi [simulanti l'eczema, la disidrosi, l'intertrigine], con speciale riferimento a due di esse descritte da KAUFFMANN-WOLFF), von MICHELE ZINGALE. Die Dermatophytien an Händen und Füßen zerfallen in Trichophytien, Epidermophytien und die Endomycosis media annularis (?) von KAUFFMANN-WOLFF, FABRY u. a. Die von KAUFFMANN-WOLFF 1914 veröffentlichten Fälle gehören zu den Trichophytien. Die Epidermophytien sind, wenigstens in Frankreich und Amerika, in den letzten Jahren gehäuft aufgetreten. Schwierige Differentialdiagnose zwischen diesen Krankheitsbildern einerseits und echtem Ekzem, Dysidrosis und Eczema intertrigo andererseits. Besonders schwierig ist das Auseinanderhalten der sehr ähnlichen Bilder, welche durch die verschiedenen Pilzgattungen hervorgerufen werden. Eine angeblich durch Blastomyzeten erzeugte Form scheint besondere, charakteristische Formen zu zeigen. Die Ähnlichkeit mit den trophoneurotischen ekzematiformen Dermatosen und die ungenügenden experimentellen und biologischen Untersuchungen erfordern aber neue Nachprüfungen. Der Autor veröffentlicht den Bericht über drei Fälle samt Impfversuchen, die den Gedanken einer übertragbaren Krankheit nahelegen. Die Behandlung muß durch Desinfektion und Schälung wirken.

Klinischer, anatomisch-pathologischer und ätiologischer Beitrag zur Kenntnis des „Molluscum contagiosum" (Contributo clinico, anatomo-patologico ed etiologico alla conoscenza del „mollusco contagioso"), von MARIO GIUFFRÈ CIPOLLA-Palermo. An eine zusammenfassende Darstellung der Nomenklatur, Klinik, pathologischen Anatomie, Ätiologie und Pathogenese des Molluscum contagiosum sowie eine Besprechung des Epithelioma contagiosum avium und Molluscum contagiosum amphibiorum schließt Verf. 10 eigene Beobachtungen, darunter eine an sich selbst gemachte, an. Aus diesen folgert er, daß die Ansteckungsfähigkeit des Molluscum contagiosum nicht sehr bedeutend ist. Die Inkubation kann sogar nur 17 Tage dauern. Die Multiplizität ist nicht immer gegeben. Häufig bestehen daneben auch andere Hautkrankheiten. Pathologisch-anatomisch werden 4 Typen unterschieden. Typus I (5 Tage alte Geschwulst): Keine Karyokinese. Die Zellen des Stratum germinativum erhalten, pigmentlos. Stärkste Zellentartung bei den am meisten von der Basalschicht der Epidermis entfernten Zellen. Deutliche Atrophie der Hautpapillen. Typus II (5 Monate alte Geschwulst): Die tiefgelegenen Zellen des Rete MALPIGHI gut erhalten. Reiche Karyokinese, manchmal anormal, Auftreten von Degeneration im Kern und Zellplasma. Typus III: Mischform. Molluskumkörperchen nur 1 cm Neubildung. Mit Körperchen angefüllte Zellzysten. Segmentierungen des Zellprotoplasmas. Typus IV: Papilläre Bildungen mit zentraler Körperchenanhäufung. Um diese und in ihrem Zytoplasma zahlreiche eosinophile Körnchen. Manchmal LIPSCHÜTZsche Elementarkörperchen. Charakteristisch das häufige Auftreten von Chromatophoren zwischen den Molluskumkörperchen; daher ist dieser Typus wohl eine regionäre Erscheinung. Die Typen haben keine Beziehung zum Alter des Molluskum. Gemeinsam ist ihnen die Beteiligung der Stachelzellen, während die Basalzellen ausgespart bleiben. Die Papillen atrophieren. Eine eigene lose Kapsel fehlt. Karyokinetische Bilder sieht man vor allem in den größeren (aber deshalb nicht älteren!) Knoten und bei multipler Bildung. Die Talgdrüsen haben keine Beziehung zur Geschwulstbildung. Die Zelldegenerationen sind Folge von Ernährungsstörungen (Atrophie der Papillen und Gefäße und Vermehrung der Zellzahl). Parasiten wurden

Digitized by Google

nicht gefunden. Verf. ist nicht von der parasitären Natur der Lipschützschen Elementarkörperchen überzeugt. Die „Parasiten" finden sich in den Schnittpräparaten selten, in Ausstrichen des Breies der degenerierten Zellen sehr zahlreich, besonders außerhalb der Zellen. Gelegentlich kann man die Entstehung der ungleichen Körperchen aus einer uniformen Masse beobachten. — Tierversuche sind nicht gelungen. Ebensowenig Kulturen. Die positiven Resultate anderer führt Verf. auf irrige Beobachtungen an Veränderungen des übergeimpften Materials auf den Nährboden zurück. Reiches Literaturverzeichnis.

Über die Pagetsche Krankheit (Sul morbo di Paget), von Giuseppe Spremolla-Neapel. Zwei Fälle, von welchen der zweite eigentlich ausscheidet: Pseudo-Paget durch Gummabildung; Heilung durch spezifische Behandlung, keine mikroskopische Untersuchung. In beiden Fällen trat das „Ekzem" an und um die Luftwege erst nach einer Geschwulstbildung an der Brust selbst auf. Im ersten durch Operation geheilten Fall erwies sich das „Ekzem" bei mikroskopischer Untersuchung als zerfallende Krebszellenmasse, welche mit dem tieferen Knoten, einem alveolären Drüsenkarzinom, in Verbindung stand. Auffällig war in diesem die Menge von Gitterfasern, diese bewirkten Nekrobiose der Krebszellen; aber auch das Stroma ging allmählich durch hyaline Entartung zugrunde. Auf Grund dieses „Materials" hält sich der Verf. zu folgenden weitgehenden Schlüssen berechtigt: Die Pagetsche Krankheit ist nur ein Syndrom klinisch ähnlicher Bilder, die aber nach Ätiologie, Pathogenese und Anatomie ganz verschieden sind. Der gutartige Verlauf manches Falles, der sich makro- und mikroskopisch als Adenokarzinom erweist, hängt wahrscheinlich mit der Entwicklung eines reichlichen Stromas zusammen, welches der Krebsentwicklung entgegenwirkt. Andere Fälle sind syphilitischen Ursprungs: Mastitis gummosa oder sclerogummosa, mit mehr oder weniger ausgeprägtem sekundärem Ekzem.

Über die Zytologie der entzündlichen Harnröhrenausscheidung (Sulla citologia del secreto inflammatoria uretrale), von Enzo Bizzozero. Schlußsätze: 1. Im entzündlichen Sekret der gonorrhoischen und nichtgonorrhoischen Urethritis beobachtet man nicht selten in den Epithelzellen Eiterkörperchen, welche in bestehende Protoplasmalücken eingedrungen sind. 2. Hier degenerieren sie sehr rasch. 3. Die Eiterkörperchen zeigen ihre phagozytäre Fähigkeit an den Kernen der Epithelzellen. Die zentralen Partien von diesen entfärben sich; die Degeneration erreicht allmählich die Peripherie. Schließlich bleibt nur eine Vakuole von der Größe und Gestalt des Kernes zurück. 4. Eine gleiche Entartungsform befällt zuweilen einen Teil des Kernes der Polymorphen, unabhängig von einer Anwesenheit von Gonokokken im Protoplasma. 5. Die Erythrozyten des Trippereiters färben sich mit sehr dünner Methylenblaulösung. Dieses rührt von der Lebenstätigkeit der unter sie gemischten Eiterzellen, nicht von Gonokokken her. In gefressenen Erythrozyten ist die Reaktion am stärksten. Mit Neutralroth färben sich nur die eingeschlossenen Blutscheiben.

Über die Behandlung des Trippers mit Stomosinen (Sulla cura del processo blenorragico con le stomosine), von Vincenzo Montesano. Mit anscheinend subkutanen Einspritzungen von Stomosine Centanni, einem nicht näher bezeichneten italienischen Präparat, hat Verf. folgende Erfahrungen gesammelt: Im allgemeinen gute Bekömmlichkeit, gelegentlich leichte örtliche Schmerzen und geringe Temperaturerhöhungen oder Steigerung eines schon bestehenden Fiebers. Keine anaphylaktischen Erscheinungen. Die subjektiven Beschwerden des akuten Harnröhrentrippers verringern sich und meist wird die Ausbreitung und Metastasierung verhindert. Bei chronischen Harnröhrenleiden und Vorsteherdrüsenentzündungen weniger deutlicher Erfolg, dagegen sehr erheblicher bei Epididymitis und Arthritis, etwas geringerer, aber immer noch bedeutend bei Metritis und Salpingitis (geringes Material). Die Stomosine sind den verschiedenen Sera und Vakzinen überlegen. A. v. Notthafft-München.

The Urologic and Cutaneous Review.

August 1923, Bd. 27, Nr. 8.

Der Ausscheidungsindex des Phenolsulphonaphthaleins als Indikator für das chirurgische Risiko (The Index of Elimination of Phenolsulphonephthalein as an Indication of Surgical Risk), von L. F. Milliken-Philadelphia, Pa. S. 473—475. Phenolsulphonaphthalein kann intravenös oder intramuskulär zur Bestimmung des Ausscheidungs-

Digitized by Google

index in gleicher Weise wie Indigokarmin angewendet werden als Kontrolle des operativen Risikos, besonders bei Prostatektomie. Die Prozentzahl der Ausscheidung kann ohne Kolorimeter bestimmt werden.

Primäres Karzinom der weiblichen Harnröhre (Primary Carcinoma of the Female Urethra), von V. J. O'Conor-Chicago, Ill. S. 475—478. Ein ausgedehntes Harnröhrenkarzinom wurde durch Diathermie mit völliger Heilung der Harnröhren- und Vulvargegend beseitigt. Die Methode ist allen anderen vorzuziehen.

Erkrankungen der Vorsteherdrüse (Diseases of the Prostata Gland), von T. Dorsey-Louisville, Kentucky. S. 478—485. Besprechung der verschiedenen Erkrankungen der Prostata und ihrer Behandlung von dem Gesichtspunkte aus, daß ihr Symptomenkomplex oft so irreführend, daß eine frühzeitige Beseitigung der Veränderungen in dieser Gegend erforderlich ist.

Hämaturie, von J. J. Bansbach-St. Joseph, Mo. S. 485—488. Übersicht über die als Ursache der Hämaturie in Frage kommenden Affektionen, nebst Darstellung verschiedener Fälle, in denen sie das einzige oder ein mit anderen verbundenes Symptom war.

Epitheliom des Penis im Gefolge eines phagedänischen Schankers (Epithelioma of the Penis Following Phagedenic Chancroidal Infection), von N. K. Forster-Chicago, Ill. S. 488—490. Die Kombination ist anscheinend häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, daher bei jedem Falle von phagedänischem Schanker regelmäßige histologische Untersuchung, um die Entwicklung eines Epithelioms frühzeitig zu entdecken. Die radikale operative Behandlung in Verbindung mit Röntgenbehandlung gibt dann gute Resultate, besonders mit Rücksicht auf den verhältnismäßig gutartigen Charakter dieser Epitheliome.

Einige Ratschläge für die Entfernung der Retentionszysten des Ausführungsganges der Bartholinschen Drüse ohne Ruptur (Some Suggestions in the Removal of Bartholin Glant Duct Retention Cysts without Rupture), von Charles E. Barnett-Fort Wayne, Ind. S. 490—491. Um Rezidive zu vermeiden, ist es erforderlich, die die Zyste umgebenden faszialen und interfaszialen Schichten vorsichtig zwischen Ligaturen zu durchtrennen.

Hämaturie, von Arthur H. Crosbie-Boston, Mass. S. 491—495.

Gibt es Beweise dafür, daß die Syphilis in Italien und nördlich der Alpen vor dem Einfall Karls VIII. von Frankreich in Italien bestand? Ist die Syphilisepidemie in Deutschland zu Ende des 15. Jahrhunderts „eine historische Legende?" (Are there any Proofs that Syphilis existed in Italy and North of the Alps before the Invasion of Italy by Charles VIII. of France? Is the Syphilis Epidemic in Germany at the End of the XV. Century „A Historical Legend"?), von A. Martin-Bad Nauheim. S. 495—500. Gegenüber Sudhoff wird für die Blochsche Anschauung des amerikanischen Ursprungs der Syphilis eingetreten.

Hypertrichosis und ihre Behandlung (Hypertrichosis and Its Treatment), von A. C. Geyser-New York City. S. 500—502. Vor- und Nachteile der verschiedenen für die zeitweise oder dauernde Entfernung der Haare angegebenen Methoden. Für schwere rezidivierende Fälle gilt die Behandlung mit harten, gefilterten Röntgenstrahlen vermittels eines besonders konstruierten Apparates als Methode der Wahl.

E. Levin-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1923, Bd. 35, Nr. 8/9.

Die endokrine Ursache der Sklerodermie bzw. Morphaea (The Endocrine Causation of Scleroderma, Including Morphoea), von W. F. Castle (Fortsetzung und Schluß). S. 303—322. Von 12 eigenen Fällen des Verf. betrafen 11 weibliche und 1 einen männlichen Pat., während die gewöhnliche Verhältniszahl 1 männlicher auf 3—4 weibliche Pat. ist. Das Alter schwankte zwischen 8 und 54 Jahren. In keinem der Fälle war irgend eine klinische oder serologische Erscheinung von Syphilis vorhanden. Möglicherweise besteht irgend ein Zusammenhang mit einer Sympathikusstörung, zugleich mit einer Erkrankung der endokrinen Drüsen, zumal genügend Fälle beobachtet sind, wo Schilddrüsenerkrankung und Sklerodermie nebeneinander vorkamen und beide Affektionen gleichzeitig verschwanden. Trauma und Reizung können bei Individuen, die

Digitized by Google

eine spezielle Disposition zu Sklerodermie besitzen, sicherlich eine solche auslösen. Infektionskrankheiten oder Rheumatismus kommen für Sklerodermie als Ursache nicht in Betracht. Sklerodermie ist niemals angeboren, wiewohl sie kurz nach der Geburt schon beobachtet wurde. Die Theorie eines nervösen Ursprungs hat mehr Anhänger als jede andere, zumal es Fälle von kompletter Symmetrie, ferner solche gibt, die mit völliger Hemiatrophie oder mit speziellen Nervenbezirken verbunden sind. Ob es sich um eine Trophoneurose der zentralen Ganglien oder eine Affektion der Hautverzweigungen handelt, ist noch eine offene Frage, ebenso die eigentliche Ursache des Nervenursprungs. Die Möglichkeit, daß hierbei Affektionen der endokrinen Drüsen eine Rolle spielen, ist immerhin eine sehr große; es ist mehr als wahrscheinlich, daß dieses Drüsensystem als ein Ganzes wirkt und, wenn irgend eine spezielle Drüse versagt, die übrigen dafür einspringen, und so kann man nicht irgend eine dieser Drüsen für Sklerodermie verantwortlich machen. In Anbetracht der vielen Fälle von Sklerodermie, wo Hemiatrophie vorhanden und die Affektion auf einen oder mehrere Zweige des Trigeminus beschränkt ist, muß, wie C. schließlich hervorhebt, meist eine Affektion des Nervensystems, sei es zentraler Art (Trophoneurosis) oder der Nervenhautverzweigungen vorliegen.

Ein tödlicher Fall von Lupus erythematosus disseminatus (A Fatal Case of Lupus Erythematosus Disseminatus), von W. Knowsley Sibley und W. X. Wynn. Der Fall betraf eine 23jähr. Frau, bei welcher im Jahre 1921 zuerst im Gesicht, dann an Brust und Rücken Lupus erythematosus auftrat; derselbe verschwand, trat aber nach einiger Zeit wieder auf, und nach etwa einem Jahre waren ein ausgedehnter, erythematöser Ausschlag an Gesicht, behaartem Kopf, Armen und Beinen, an Brust und Rücken weiße, erhabene und von Pigmentflecken umgebene Herde vorhanden. Gleichzeitig war rechtsseitige Mandelentzündung und hohes Fieber (bis 41,5° C) aufgetreten; im Blute wurden nahezu Reinkulturen von Streptokokken gefunden. Auf Antistreptokokkenserum (je 10 ccm drei Tage hintereinander, dann nochmals in je dreitägigen Pausen drei Dosen von 5—7½ Millionen) trat wesentliche Besserung ein; aber der Ausschlag stellte sich neuerdings, besonders an Armen und Beinen, in Form diffuser, gelber Herde ein, und das Allgemeinbefinden in Verbindung mit hohem Fieber wurde immer schlechter, bis plötzlich tödliches Ende eintrat. Die Autopsie ergab sehr wenig: fettige Entartung von Herz und Leber, Nieren, Gehirn normal, keine Anzeichen von Tuberkeln in irgend einem Körperteil.

Akne bei einem Kinde (Acne in an Infant), von W. Beatty und J. W. Biggen. Das sechs Monate alte Kind zeigte Aknepusteln an beiden Wangen, vermischt mit einigen winzigen Komedonen, die auch an Unterlippe und Kinn vorhanden waren, eine Affektion, die schon seit dem dritten Lebensmonate bestanden hat. Mikroskopische Untersuchung der ausgedrückten Talgmasse ergab den Aknebazillus; außerdem zeigte die Reinkultur auch den Staphylococcus albus, aber in geringerer Menge als den ersteren.

M. Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Die medizinische Quarzlampe und Höhensonne, ihre Handhabung und Wirkungsweise, von G. Strümpke. Mit 68 Abbildungen im Text. Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken; herausgegeben von Heinz Bauer. (Verlag von Hermann Meusser, Berlin 1922.) Im April 1912war die erste Auflage erschienen, jetzt liegt die dritte Auflage des kleinen Werkes vor. Die seitdem enorm angewachsene Literatur, die Fülle neuer klinischer Erfahrungen, die immer größer werdende Bedeutung der Allgemeinbestrahlung für die Hebung lokaler Leiden und vieles andere, wie die vielseitig neuen technischen Verbesserungen, sind eingehend berücksichtigt worden. Das Buch zeichnet sich durch die völlige Beherrschung des Stoffes und die Klarheit der Darstellung aus. Wenn die experimentell gewonnenen Erfahrungen über histologische Tiefenwirkung und bakterizide Kraft des Quarzlichtes mit den Ergebnissen der Praxis noch vielfach kollidieren, so braucht solches den Therapeuten nicht zu stören. Den Forscher aber wird es anregen, immer mehr nach guten Verfahren zur Messung der Lichtintensität des Quarzlichtes zu suchen, weiter zu schreiten auf den Wegen, welche Bering und Hans Meyer, Fürstenau und andere schon betreten haben. In dem Mangel eines solchen Verfahrens liegt es begründet, daß die Höhensonnenbestrahlung

Digitized by Google

im Gegensatz zur Röntgentherapie vorläufig noch auf rohen empirischen Füßen steht. Je mehr die Allgemeinbestrahlung mit ultraviolettem Licht an Bedeutung gewinnt, auch für die Heilung tiefgreifender lokaler Prozesse, je mehr durch solche Heilerfolge die Haut sich herausschält als ein biologisches Organ von ganz besonderer Stellung, um so mehr rücken in den Mittelpunkt allen ärztlichen Handelns, auch nach des Ref. Ansicht, die Arbeiten über die unspezifische Reiztherapie. Unspezifische Reize steigern die spezifischen Immunkräfte. Hesse-Düsseldorf hatte auf dem Hamburger Dermatologenkongreß mit Recht das Sonnenlicht das stärkste unspezifische Heilmittel genannt Die nicht immer zünftigen Therapeuten, welchen schon lange das Sonnenlicht Anfang und Ende ihres medizinischen Denkens war, haben durch Ärzte wie Bernhard und Rollier und andere Tuberkulosetherapeuten die „staatliche" Anerkennung gefunden. Vielleicht darf der Ref. an dieser Stelle noch auf Buschkes aufsehenerregende Mitteilung auf dem Leipziger Naturforschertag verweisen, nach der auch das Quecksilber als unspezifisches Heil- und Reizmittel bei der Lues diskutiert werden muß. Über solche Vorstellungen kann der Tagesstreit zwischen Schulmedizin und fanatischen Naturheilkundigen sich mildern. Nur eine einzige kleine Ausstellung möchte der Ref. entgegenhalten: „Kontraindiziert ist die Bestrahlung mit der Quarzlampe bei allen akuten und subakuten Formen des Ekzems, gleichviel welcher Ätiologie; höchstens ist bei den letzten ein Versuch mit Blaulicht gestattet. Man kann hier Reizungszustände, oft der unangenehmsten Art, erleben, die schwer zu beseitigen sind." Ref. möchte in der Höhensonnebestrahlung bei akuten und subakuten Ekzemen unter Umständen, die wir bei dem Mangel eines geeigneten Dosimeters gar nicht in der Hand haben, ein zukunftsvolles therapeutisches Mittel sehen. Reiz- und Heildosen liegen hier bis jetzt ganz eng nebeneinander.

Delbanco.

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner-Königsberg. (Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Dieses erste Heft von Jessners dermatologischen Vorträgen für Praktiker ist nunmehr bereits in seiner 9. Auflage erschienen, ein Zeichen, daß es seinen Zweck voll und ganz erfüllt. In diesem fließend geschriebenen Büchlein findet der Praktiker alles Notwendige, was auf diesem Gebiete wissenswert ist und bekommt einen kurzen Überblick über die gebräuchlichsten und zweckmäßigsten Maßnahmen zur Bekämpfung und Heilung der verschiedenen Haarkrankheiten. Es kann jedem Praktiker nur wärmstens empfohlen werden. B. Peiser-Berlin.

Die Hautleiden kleiner Kinder, von S. Jessner-Königsberg. (Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Heft 9 der „Dermatologischen Vorträge für Praktiker" bespricht die Hautkrankheiten, die im Kindesalter auftreten und, der Eigenart der kindlichen Haut entsprechend, eine eigene Therapie erfordern. Hauptsächlich wird auf die Dermatosen des Säuglings eingegangen. Neben der medikamentösen Behandlung (zahlreiche Rezepte) wird immer wieder die Allgemeinbehandlung (Ernährung, Hygiene usw.) betont und gute Hinweise werden gegeben betreffs der Durchführung mancher Therapie im Privathaushalt, wo ja vieles schwieriger ist als im Krankenhaus. Da das Büchlein in Form eines Vortrags abgefaßt ist, fehlt leider ein Inhaltsverzeichnis.

A. de Lemos-Hamburg.

Frühdiagnose und Frühtherapie der Syphilis, von L. Arzt-Wien. (Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin, 1923. Rikola-Verlag.) Die Abhandlung des bekannten Wiener Dermatologen wird dem Praktiker wie dem angehenden Dermatologen ein wertvoller Wegweiser sein, um so mehr, als die Meinungen über den Begriff der Frühbehandlung und Art und Weise der Durchführung einer solchen Kur noch sehr auseinandergehen. Alles Wünschenswerte über den Begriff des Primärstadiums, über Frühdiagnose in klinischer und ätiologischer Hinsicht, nebst eingehender Darstellung von Entnahme des Untersuchungsmaterials, von dem Spirochätennachweis mittels Färbung und Dunkelfeld wird klar und präzis erläutert. Das Prinzip der Abortivkur wird nach Besprechung in einem Behandlungsschema übersichtlich dargestellt und die Frühtherapie entsprechend den Statistiken als der wesentlichste Fortschritt in der Luestherapie seit einem Jahrzehnt bezeichnet. Vier instruktive Bilder aus dem v. Zumbusch-Atlas sind beigefügt. H. Soltmann-Leipzig.

Syphilis und Ehe, von E. Finger-Wien. (Verlag Marhold, Halle 1923.) Finger bespricht diese wichtige Frage in allgemeinverständlicher Form und weist erneut darauf hin, daß die Gefahren der Syphilis, so schwer sie schon für den einzelnen sind, von weitesttragender Bedeutung für die Familie sind, weil vom Gedeihen der Familie letzten Endes Staat, Volk und Rasse abhängen. Die Gefahren der Lues, der floriden wie der latenten, der vorehelichen wie der ehelichen werden, ihrem Wesen entsprechend, für

Digitized by Google

den Mann und die Frau getrennt abgehandelt. Eingehend wird auf die kongenitale Lues, ihre Früh- und Späterscheinungen und ihre guten Behandlungserfolge hingewiesen. Die Lues der graviden Mutter ist nie Indikation zur Einleitung des Aborts, sondern nur energischer Kuren. — Die Frage, wann dem Syphilitiker ein Ehekonsens gegeben werden kann, nimmt den ihrer Wichtigkeit entsprechenden Raum ein; durchschnittlich will Verf. 4—6 Jahre nach der Infektion und ausreichender Behandlung keine Ansteckung des gesunden Ehegatten mehr gesehen haben; aber F. legt dar, wie unsicher zur Zeit unsere Kenntnisse gerade in diesem Punkte sind. Bei der in der Ehe akquirierten Lues wird von F. die prophylaktische Salvarsankur der noch gesunden Gattin bzw. Gatten abgelehnt, weil er die Wirkung des Salvarsan auf Spirochäten, die noch keine Gewebsreaktion erzeugt haben, für unsicher ansieht und weil es im übrigen lange nicht in allen Fällen von Ansteckungsgefahr zur Ansteckung kommt. A. de Lemos-Hamburg.

Kosmetik der Haut, der Haare, der Nägel und des Mundes, von Max Joseph-Berlin. (Für Ärzte und Studierende. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1923, 5. Aufl.) Wissenschaftliche Werke über Kosmetik haben vor allem den Zweck, den Ärzten die Grundlage zu schaffen, um auf dieser Kurpfuschern und Schönheitskünstlern das Feld zu entreißen. Es bedarf keiner besonderen Kritik eines solchen Werkes, ob es diesem angegebenen Zweck entspricht, wenn es der Feder eines so erfahrenen Autors entstammt. Es ist hierbei nicht nötig, auf die Notwendigkeit der Anschaffung hinzuweisen, was als selbstverständlich gilt. Der Verf. hat uns in diesem kleinen Büchlein ein ausgezeichnetes Programm dieses Themas gegeben. 195 Rezepte. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

c. Therapie.

Argentocystol zur Behandlung der männlichen Gonorrhoe, von V. Nagel-Halle. (D. m. W., 1923, Nr. 26, S. 852.) Argentocystol (Tosse) ist ein Silbereiweißpräparat in Verbindung mit Orthodioxybenzol. Durch letzteres soll nach Angaben der Hersteller eine besondere Tiefenwirkung erzielt werden, was Verf. jedoch nicht bestätigen kann. Das Mittel ist den bisherigen Silberpräparaten ziemlich gleichwertig, hat jedoch den Vorzug, daß es sehr billig ist. F. Harry-Wiesbaden.

Über die innere „Reizbehandlung" der Gonorrhoe mit Paraform und Salizylsäure (Darysal), von Engwer. (M. Kl., 1923, Nr. 23, S. 797.) Sowohl bei den Balsamicis wie bei den Desinfizientien dürfte ihre „Reizwirkung" das therapeutisch Ausschlaggebende sein. Eine solche wurde in für den Heilungsverlauf günstiger Form erreicht durch Darysal (Tabletten mit Paraform 0,1, Acid. salicyl. 0,1, Fol. Senn. 0,1), dreimal täglich 1—2 Tabletten. Im Harn konnte auffallenderweise Formaldehyd nicht nachgewiesen werden. Nierenreizungen kamen nicht vor. Wirksamkeit besonders bei Komplikationen des akuten Trippers und inveterierten Fällen, Zystitiden usw.
E. Levin-Berlin.

Über Acykal, ein neues Antigonorrhoikum, von Carl Bruck-Altona. (Kl. W., 1923, Nr. 30, S. 1434) Das von der Firma Teichgräber-Berlin in den Handel gebrachte Präparat ist biologisch und therapeutisch von dem Verf. eingehend geprüft worden. Seine gonokokkenabtötende Wirkung findet schon bei recht hohen Verdünnungen statt. Therapeutisch ist es den übrigen Silberpräparaten an die Seite zu stellen. Diesen gegenüber hat es aber den Vorteil, daß es in Wasser leicht löslich ist, daß es gelöst farblos ist und daher keine Verfärbung der Haut und der Wäsche eintritt, und daß es in schwächsten Konzentrationen neben guter, den übrigen gleicher Wirksamkeit billiger als die übrigen Silberpräparate ist. E. Langer-Berlin.

Über das Altern von Gonokokkenimpfstoffen und über ein verbessertes Arthigon, von Carl Bruck-Altona. (Kl. W., 1923, Nr. 22, S. 1020.) Verf. konnte in seinen Versuchen die Untersuchungen von Buschke und Langer bestätigen, daß die Vakzine durch das lange Lagern Altersveränderungen ausgesetzt ist, die vielfach auf den Wert derselben störend einwirken. Jedoch glaubt er im Gegensatz zu Buschke und Langer, daß auch die altersveränderte Vakzine noch vielfach eine spezifische Wirkung ausüben kann. Somit kann er in der Empfehlung der Verwendung von Frisch- oder Eigenvakzine keinen Fortschritt erblicken. Zur besseren Haltbarkeit hat Verf. das von

Digitized by Google

ihm seinerzeit empfohlene Arthigon, um es haltbarer zu gestalten, in einer 40%igen Urotropinlösung hergestellt. Er teilt mit, daß dieses Präparat bedeutend widerstandsfähiger gegenüber autolytischen Prozessen sei und durch die Beigabe des Urotropins, dessen alleinige Anwendung er bei nichtblennorrhoischen Pyelitiden und Zystiden sehr empfiehlt, noch eine unspezifische Komponente besitze. Das Urotropinarthigon sei nicht nur therapeutisch, sondern auch prophylaktisch dem alten Arthigon überlegen.

E. Langer-Berlin.

Die Diathermiebehandlung der Gonokokkeninfektion (Treatment of Gonococcal Infection by Diathermy), von G. P. Cumberbatch und C. A. Robinson-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3263, S. 54.) Die mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf 67 Fälle und umfassen einen Zeitraum von 10 Jahren. Die Resultate sind sehr beachtenswert. Bei verschiedenen Fällen von refraktärer Arthritis blennorrhoica wurde Heilung erzielt, teils durch direkte Applikation der Diathermie an die erkrankten Gelenke, teils auch durch gleichzeitige oder ausschließliche Diathermisierung des Infektionsherdes in den Genitalorganen. Bei blennorrhoischer Orchitis und Epididymitis wurden auch frappante Erfolge erzielt. Die Anwendung der Diathermie auf die Cervix uteri erfordert besondere Vorsicht, um unliebsame Zerstörungen zu vermeiden, während betreffs der Urethra die Schmerzempfindung der Kranken schon vor einer allzu intensiven Anwendung Schutz gewährt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von gonorrhoischen Affektionen mittels Diathermie (The Treatment of Gonorrhoeal Affections by Diathermy Currents), von C. A. Robinson-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3269, S. 312.) Nachdem die Diathermiebehandlung ihm bei blennorrhoischen Gelenkerkrankungen gute Resultate bei lokaler Applikation ergeben hatte, ist R. dazu übergegangen, die primären Herde in der Prostata und bei Frauen in der Urethra und Zervix in analoger Weise zu behandeln. Es konnten 18 Fälle letzterer Art bakteriologisch genau kontrolliert werden, und bis auf eine einzige Patientin, welche offenbar von dem Ehemann neuerlich infiziert wurde, wurden alle als gonokokkenfrei entlassen. In den günstigsten Fällen waren 3—5 Sitzungen nötig, in einigen weit mehr. In der Regel wurden zwei Sitzungen wöchentlich gegeben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung des chronischen Trippers mit Thorium X (Le traitement de la blennorrhagie chronique par le Thorium X), von Averbenq-Toulouse. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 16, S. 322—326.) Es dürfen nur schwache Dosen des radio-aktiven Salzes angewendet werden; die Wirkung beruht auf Modifikation des Terrains, Aktivierung der Fermente. Die Wirksamkeit beschränkt sich auf die blennorrhoische Urethritis; akute und subakute Fälle sind von der Behandlung auszuschließen. Als Behandlungsmethoden kommen zunächst Einspritzungen in die Harnröhre in Betracht, jedoch nur bei Urethritis posterior; sonst sind sie verlassen zugunsten der radioaktiven Ionotherapie. Bei dieser ist der positive Pol wirksam, und zwar als periurethrale Elektrode (negative in der Harnröhre) oder als radioaktive intraurethrale (indifferente am Perineum, um den Penis). Die Ionotherapie bleibt im allgemeinen auf die Urethritis anterior beschränkt.

E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe, von Ernst Vey-Jena. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 28, S. 1124.) Verf. dilatiert die Harnröhre, um so die Unebenheiten ihrer Oberfläche auszugleichen, und ätzt sie mittels der mit einem Ätzmittel beschickten Playfairsonde, wobei es gleichgültig ist, welches Medikament verwendet wird.

F. Landauer-Berlin.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von Jenny Brinitzer-Altona. (D. m. W., 1923, Nr. 28, S. 914—915.) Zur Behandlung der Urethral- und Zervikalblennorrhoe haben sich die Gonostyli (Beiersdorf) mit 1 oder 2%igem Arg. nitr. bewährt.

F. Harry-Wiesbaden.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Klinisch-pathologische Beiträge zur Urologie. Situs inversus und Communicatio recto-urethralis bei Mastdarmatresie, von G. B. Gruber und M. Reisinger-Mainz. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 13, H. 1/2, S. 73.) Verff. beobachteten obigen Befund bei einem neugeborenen männlichen Kinde, das wegen Atresia ani operiert worden war. Bei der Operation wurde die schon bestehende Communicatio so verzogen, daß sie anstatt, wie sonst von oben hinten nach vorn unten, umgekehrt von vorn höher

Digitized by Google

mündete, als hinten abging. So war auch die Sondierung unmöglich. Die Diagnose war in vivo durch Abgang von Kotpartikeln im Harnstrahl gestellt worden. Durch das Herunterziehen war andererseits aber auch eine Behinderung des freien Ablaufes des Harnstrahles entstanden, als dessen Folge sich schon eine mäßige Hydronephrose mit Erweiterung der Ureteren sowie eine ausgeprägte Blasenmuskelverstärkung gebildet hatte.
A. Rosenburg-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Fibromyome der Harnröhre, von R. Michaelis-Kreuznach. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 28, S. 1121.) Beschreibung von 2 Fällen. Bei beiden fiel auf, daß die Harnröhrenmündung stark vorgedrängt und klaffend war. In dem einen Fall sah man, in dem anderen fühlte man in der Harnröhre einen derben, harten Tumor, der sich nach seiner Entfernung pathologisch als ein Fibromyom erwies. F. Landauer-Berlin.

Eine Spritze für die hintere Harnröhre (A Deep Urethral Syringe), von H. J. Scherck und W. E. Jost-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 15, S. 1069.) Die Abbildung der Spritze läßt erkennen, daß sie aus drei jederzeit trennbaren Teilen besteht, einem Gummiballon, einer Luerschen Spritze ohne Stempel und einem gebogenen Metallkatheter. Der Vorteil der Spritze besteht darin, daß sie einfach zu handhaben, Heilmittel sparend und leicht zu sterilisieren ist. Die Spritze enthält etwa 3,5 ccm.
F. Quasig-Hamburg.

Experimentelle Beiträge zur Innervation der Blase, von H. Boeminghaus, Pharmak. Inst. d. Univ. Halle. (Zschr. f. experim. Med., Bd. 33, H. 3—6, S. 378 bis 397.) Verf. hat neue Versuche unternommen über die Nervenverteilung in der Harnblase, und zwar mittels pharmakologischer Agentien (Pilocarpin und Adrenalin in der Hauptsache), aber nicht wie bisher an der ganzen Blase, sondern er benutzte von der isolierten überlebenden Warmblüterblase nur Streifenpräparate aus den verschiedenen Blasenpartien. Er fand, daß die oberen 3 Viertel des Detrusors rein parasympathisch innerviert sind (Pilokarpin kontrahiert, Adrenalin wirkungslos), Sphinkter und Trigonum dagegen rein sympathisch. Das unterste Viertel des Blasenkörpers ist gemischt innerviert, aber eine verschiedene Innervation der Longitudinal- und der Zirkulärmuskelschichten ist weder am Detrusor noch am Sphinkter (entgegen der Annahme von Zeissls) festzustellen. Eine parasympathische Hemmung des Sphinkters durch Pilokarpin ist ebensowenig zu beobachten, wie eine sympathische Hemmung des Detrusors durch Adrenalin. Bei der Miktion, besonders aber bei der Zurückhaltung des Harns sind neben den Muskelkontraktionen sicher auch Erschlaffungsvorgänge vorhanden. Auf Grund der pharmakologischen Untersuchungen sind eigene Hemmungsnerven nicht festzustellen, experimentell festgestellt wurde ferner, daß in der ganzen isolierten und künstlich gefüllten Blase keinerlei intravesikale Reflexe auszulösen sind, die zur Erschlaffung bzw. zu Miktionsvorgängen führen. Also kann der Ablauf der automatischen Miktion nicht intravesikal bedingt sein. Da auch das Rückenmark für die automatische Miktion entbehrlich ist, müssen ihre Reflexzentren zwischen Rückenmark und Blase gesucht werden. A. de Lemos-Hamburg.

Behandlung der Anurien (Traitement des anuries), von H Eliot-Paris. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 15, S. 289—303.) Bei Anurien infolge von Steinen darf keine Zeit mit inneren Mitteln verloren werden. In einigen Fällen genügt starke Anfüllung der Blase, im allgemeinen Ureterenkatheter, Einspritzung von sterilem Öl, falls kein Erfolg Katheterisieren der anderen Seite (reflektorische Anurie oder gleichfalls Stein), tritt auch danach keine Änderung ein, blutige Operation (Ureterostomie, Pyelotomie, Nephrotomie). Anurien im Verlaufe von Tumoren und Neubildungen im Becken (Uterustumoren, Ovarienzysten) können operative Beseitigung dieser erfordern. Zunächst kann ein Versuch mit dem Katheterismus gemacht werden, der aber oft infolge des durch die Geschwulst ausgeübten Druckes unmöglich ist; dann Nephrotomie oder auch Ureterostomie in der Iliakalgegend. Bei Anurien im Verlaufe von Nephritis ist zunächst innere Behandlung indiziert, Anregung der Nierensekretion: Laktose, Theobromin, Szilla, Kalziumsalze, Organtherapie, und zwar mit Serum aus der Nierenvene von Ziegen, ferner Einwirkung auf die Zirkulationstätigkeit der Nierengefäße: Schröpfköpfe, Digitalis, Koffein, Einspritzung von Zuckerlösungen, bes. Glukose (jedoch nicht in chronischen Fällen, in denen sie gefährlich werden können). Beim Versagen der internen Therapie chirurgische Maßnahmen: Dekapsulation und Nephrotomie, eventuell kombiniert. Bei toxischen akuten Nephritiden ist nichts zu erwarten, falls die interne Behandlung ohne Erfolg, bei akuten infektiösen ist die chirurgische Behandlung manchmal erfolgreich.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die Vakzinationsbehandlung der Zystitis, von A. Baer-St. Gallen. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 25, S. 987.) Verf. hat eine Reihe besonders wichtiger hartnäckiger Zystitiden erfolgreich mit Autovakzine behandelt. Es wurden vier Lösungen hergestellt von verschiedenem Prozentualgehalt, die von 5 Millionen auf 25 Millionen pro Kubikzentimeter anstiegen. Die Injektionen erfolgten im allgemeinen alle 2—3 Tage, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 5 Wochen. F. Landauer-Berlin.

Über die sogenannten Fettsteine in der Harnblase, von L. Kropp-Marburg. (D. m. W., 1923, Nr. 30, S. 982—984.) In ätiologisch unklaren Fällen von Blasenerkrankung muß man an das Vorhandensein sogenannter Fettsteine denken, die gewöhnlich durch Einführung fettartiger Massen durch die Urethra, höchst selten endogen entstehen. Zystoskopisch fällt die große Beweglichkeit des Konkrements, der perlmutterartige Glanz und das Schwimmen im Blasenscheitel auf. Versucht man durch Lithotripsie den fraglichen Fremdkörper zu entfernen, so werden die Schwierigkeiten, ihn zu fassen, das leichte Zusammenquetschen auf einen „Fettstein" hinweisen, beim Blasenschnitt das Herausspringen des spezifisch leichten Fremdkörpers gleich nach der Blasenöffnung. In Zweifelsfällen wird die Löslichkeit in Benzin oder Xylol die Diagnose sichern. Ist die Diagnose frühzeitig gestellt, so wird man vorerst von größeren Eingriffen absehen und die Entfernung der Fettsteine durch Benzin, Xylol oder 50° C warmes Wasser versuchen. F. Harry-Wiesbaden.

Über Karzinom in Divertikeln der Harnblase, von Otto A. Schwarz-Berlin. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 13, H. 1—2, S. 47.) Verf. erörtert alle Hypothesen der Divertikelbildung. Daß die Divertikelwand zum Karzinom besonders disponiert sei, war nicht festzustellen. Der erste Fall zeigte reichliche Metastasen in den benachbarten Beckenknochen, weshalb die Untersuchung sehr erschwert wurde. Eine Zystoskopie war bei dem elenden Zustand des Pat. unmöglich, erst die Autopsie brachte Klarheit in diesen Fall. Auch im zweiten Falle, bei dem es sich um ein Karzinom in einem sicher angeborenen Divertikel handelte, fanden sich weitgehende Skelettmetastasen. Nun machen erfahrungsgemäß nur die Mammatumoren und die Prostatatumoren weitgehende Knochenmetastasen. Verf. glaubt daher, daß es sich bei den Divertikelkarzinomen um Karzinome in versprengten Prostatakeimen handele. Wenn er auch diese Hypothese nicht beweisen kann, so findet er doch keinen Anhalt in der Literatur, der dieser Hypothese widersprechen würde. Er fordert exaktere Untersuchung von autorativer pathologischer Seite. Therapeutisch kommt nur frühzeitige Exstirpation des Divertikels in Betracht. A. Rosenburg-Berlin.

Karzinom der Harnblase, durch Radium geheilt (Cancer of the Urinary Bladder Cured by Radium), von C. Burnam und G. Walker-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 23, S. 1669.) Der Fall eines 56jährigen Amerikaners ist bemerkenswert, weil 1. ein infiltrierendes Blasenkarzinom geheilt wurde und 7 Jahre lang kein Rezidiv vorkam und 2. diese Heilung durch transabdominale Radiumanwendung vervollständigt wurde. M. Stern-München.

Über Harnblasenbilharziosis, von G. B. Gruber-Mainz. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 13, H. 3/4, S. 99.) Verf. konnte in einem von einem Wormser Arzt eingesandten Blasenstückchen in akut entzündlichem Granulationsgewebe Eier des Distomum haematobium feststellen. Die Beschwerden des 24jähr. Pat., der während des Krieges längere Zeit in Palästina war, bestanden in heftigen Blasenblutungen. Die Zystoskopie hatte einen warzenförmigen Tumor am Fundus ergeben. Die Ausschälung der ganzen Blasenpartie vom Sectio alta-Schnitt aus brachte völlige Heilung. Es wird angenommen, daß etwa noch zurückgebliebene Distomumeier im Laufe der Zeit abgestorben sind. A. Rosenburg-Berlin.

Ulcus incrustatum der Harnblase, von P. Frank und G. B. Gruber-Mainz. (Zschr. f. urol. Chir., 1923, Bd. 13, H. 3/4, S. 103.) Verff. treten der Ansicht Paschkis, daß es sich bei dem Ulcus incrustatum der Harnblase um ein einheitliches Krankheitsbild handele, entgegen. Verff. konnten dieses Krankheitsbild in zwei Fällen bei Frauen beobachten, die einen septischen Abort bzw. eine Geburt überstanden hatten. Es handelt sich stets um Entzündungsherde mit sekundärer Inkrustation. Therapeutisch kommt neben der Exstirpation des gesamten Herdes, Exkochleation und Kauterisation in Frage, besonders aber scheinen große Dosen Acid. phosphor. eine fortschreitende Besserung zu bewirken. Die Krankheit kommt bei Männern seltener vor als bei Frauen. A. Rosenburg-Berlin.

Das Blasendivertikel im Röntgenbild, von Friedrich Kraft. Zentr.-Röntgeninst. Lainz. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 31, H. 1, S. 28—33.) Zweck der Unter-

Digitized by Google

suchung ist weniger Diagnosenstellung als Bestimmung der Lage und Größe der Ausstülpung. Sehr gute und vollauf befriedigende Resultate erhält man mit der Methode der partiellen Blasenfüllung. Zur Differenzierung von zwei größeren Divertikeln auf derselben Blasenseite ist die Einführung von schattengebendem Katheter in ein Divertikel unerläßlich, nachträgliche Gasfüllung dieses Divertikels ermöglicht, seine Lage genauer anzugeben. E. Levin-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Diagnose und Behandlung der Prostatahypertrophie bei älteren Leuten, von E. Wossidlo. (M. Kl., 1923, Nr. 26, S. 891—893.) Im Frühstadium muß bei Nachweis einer Vergrößerung stets Prostatitis nach Tripper ausgeschlossen werden, die durch Filamente im Harn, Leukozyten und Lymphozyten in größerer Menge im Sekret kenntlich ist. In der späteren Periode spielt der Restharn eine wichtige Rolle. Bei weiterem Fortschreiten werden oft fälschlich Magendarmleiden oder Störungen des Zirkulationsapparates diagnostiziert, weil deren Symptome im Vordergrunde stehen. Blutungen erfordern stets Zystoskopie, da abgesehen von ihrem häufigen Vorkommen bei Prostatahypertrophie neben dieser auch noch andere Ursachen vorliegen können. Der Praktiker soll schon im Frühstadium mit dem Facharzt zusammengehen, damit er nach dessen Feststellungen den Kranken in geeigneter Weise überwachen und vor Infektionen bewahren kann. Bei der Frage des operativen Eingriffes kommt zunächst als einfachstes Vorgehen die doppelseitige Vasektomie in Betracht. Falls sie versagt, die Prostatektomie, für die die suprapubische Methode eine etwas geringere Mortalität, besonders bei zweizeitigem Operieren, darzubieten scheint. E. Levin-Berlin.

Trauma und Sarkom der Prostata, von G. B. Gruber und K. Maier-Mainz. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 13, H. 3/4, S. 120.) Unter 50 Fällen vom Prostatasarkom konnte Maier nur den Fall Schöpplers finden, in dem ein Trauma dem Sarkom unmittelbar voranging. Es handelte sich dort um einen Soldaten, der auf einen harten Gegenstand rittlings aufgefallen war und seitdem stets Schmerzen verspürte, bis er 2 Monate später starb und sich ein Prostatasarkom fand. Schöppler nimmt nun das Trauma als Ursache des Sarkoms an. Verff. stehen jedoch auf dem Standpunkt, daß das Trauma nur das spontan entstandene, damals schon bestehende Sarkom zur raschen, deletären Entwicklung angeregt habe. In diesem Sinne beurteilten sie auch den von ihnen selbst beobachteten Fall, in dem ein Bauer, der rittlings auf die Deichsel gefallen war, 9 Monate nach dem Trauma an Prostatasarkom verstarb, und zwar deshalb, weil der Bauer nur einige Tage nach dem Trauma Beschwerden hatte, dann aber fast 5 Monate beschwerdefrei blieb und erst wegen dann erst aufgetretenen Blutharnen ins Krankenhaus kam. Verff. lehnten deshalb den Tod als mittelbare Folge des Traumas ab. A. Rosenburg-Berlin.

Die Behandlung des Prostatakrebses (Le traitement des cancers de la prostate), von Legueu. (Progr. Méd., 1923, Nr. 16, S. 183—184.) Für die Behandlung bestehen Schwierigkeiten mannigfacher Art. Sie finden sich auf anatomischem und klinischem Gebiete. Auf ersterem insofern häufig eine weite oft nicht erkennbare Ausdehnung auf Nachbarorgane besteht. Klinisch handelt es sich besonders um die Differentialdiagnose vom Adenom; dafür wurde das Zeichen von Chevassu angegeben: eine in die Harnröhre eingeführte Metallsonde ist normalerweise deutlich zu fühlen, während sie bei Bestehen eines Karzinoms undeutlicher wird, das gewöhnlich mehr seitlich gelegene Adenom kann direkt gefühlt werden. Das Zeichen kann aber versagen. Im Gegensatz zu Prostatitiden, bei denen Eosinophilie besteht, findet sich bei Krebs gewöhnlich eine Herabsetzung. Die Entwicklung ist oft eine sehr langsame. Bei der Behandlung ist die schwierige Frage zu entscheiden, ob nur Operation, nur Radium oder Kombination beider. Die perineale Exstirpation nach Young wird abgelehnt, die hohe Prostatektomie (Freyer) kommt besonders bei kleinen Karzinomen in Betracht, sowie wenn es zweifelhaft ist, ob es sich um Karzinom oder Adenom handelt. Radiumbehandlung allein ist wertlos. Wesentlich ist ihre Kombination mit Operation, doch kommt dann die definitive Zystostomie nicht in Frage. E. Levin-Berlin.

Ziele und Wege der Prognosenstellung vor der Prostatektomie, von Grauhan, Chir. Univ.-Klinik Kiel. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 179, H. 1/2, S. 164.) Die primäre Ektomie stellt besonders hohe Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Nieren; ihre Aussichten sind günstige bei Restharn nicht über 500 ccm, Blutdruck unter 150 mm Hg, im Wasser- und Konzentrationsversuch 4 Std. Menge über 1000 H. C., in 12 Std. über 1016, in 24 Std. über 1020, Reststickstoff unter 0,060 g, höher

Digitized by Google

als 0.59. Die Mehrzahl erfüllt diese Bedingungen nicht; sollen sie operiert werden, so muß durch eine, die Harnstauung beseitigende Vorbehandlung die Resistenz der oberen Harnwege gegen Infektionen wiederhergestellt und die Nierenfunktion gebessert werden. Mittel dafür sind regelmäßiger Katheterismus, Dauerkatheter, Blasenfistel, von denen praktisch besonders die letztere in Frage kommt. Doch ist auch sie für einen großen Teil der Fälle kein harmloser Eingriff, sie kann wie die Prostatektomie selbst Infektionen eines bis dahin noch aseptischen Harntraktus, Infektion außerhalb der Blase, schwere Schädigung der Nierenfunktion durch die plötzliche Entlastung zur Folge haben. Ob und wann einem Zystostomierten die sekundäre Ektomie zuzumuten ist, ist nach dem Unterschied im Ausfall der Funktionsprüfungen vor und nach Beseitigung der Harnstauung zu beurteilen. Unter Umständen muß auch bei ungenügender Funktion die sekundäre Ektomie gewagt werden, wenn der Zustand sonst unerträglich ist. Kurzer Bericht über das in den letzten 3 Jahren in der Chirurg. Klinik Kiel behandelte Material. E. Levin-Berlin.

Über eine durch Torsion der Morgagnischen Hydatide bedingte Form von akuter Orchitis im Kindesalter (Sur une variété d'orchite aiguë de l'enfance due à one torsion de l'hydatide de Morgagni), von A. Mouchet-Paris. (Presse méd., 1923, Nr. 43.) Verf. beschreibt zwei interessante Beobachtungen dieser Art bei Knaben im Alter von 14 Jahren. Bei beiden bestanden ausgesprochene Symptome einer akuten Orchitis ohne bestimmt nachweisbare Ursache. Beim Einschneiden bis auf die Tunica vaginalis fand sich die Hydatide am einen Stiel im Sinne der Zeiger an der Uhr gedreht, das eine Mal sogar um zwei Spiraltouren, das andere Mal weniger. Nach Entfernung der infolge der Drehung mortifizierten Hydatide erfolgte prompte Genesung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Hermaphroditismus verus alternans unter dem Bilde einer Hodenverlagerung, von Pfeil Schneider-Schönebeck a. d. Elbe. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 24, S. 963.) Ein 16jähr. Junge wurde wegen vermeintlichen Kryptorchismus operiert. Bei der Operation stellte sich heraus, daß die als Hoden imponierende Geschwulst ein regelrecht gebautes Ovarium samt damit verbundener normaler Tube und normal entwickeltem Uterus darstellt. Der Hoden der anderen Seite war gut entwickelt, funktionierte auch, jedoch waren Spermatozöen in dem Ejakulat nicht nachweisbar. Leichter Anflug von Bartbildung auf der Oberlippe, die Brüste von weiblichem Typus. F. Landauer-Berlin.

Klinisches und Experimentelles zur Frage der Hodentransplantation, von Brandt und Lieschied-Halle. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923, Bd. 12, H. 5/6, S. 460.) Die beiden Assistenten berichten über die Erfahrungen Voelckers bei seinen klinischen Fällen von Hodentransplantation und vergleichen dieselben mit ihren eigenen experimentellen Resultaten an Hunden. Sie kommen zu dem Resultat, daß das Transplantat mehr oder weniger schnell resorbiert und vernarbt wird, aber stets zu Grunde geht. Die klinischen Ergebnisse waren aber immerhin bemerkenswert, da in 2 Fällen doch eine, wenn auch vorübergehende Besserung des Allgemeinzustandes mit Erektionen statthat. Einen sicheren Dauererfolg konnten Verff. nicht beobachten. Besteht noch ein eigener Hoden, so glauben Verff., daß vielleicht die generativen Zellen im eigenen Hoden durch die Hormone des Transplantates aktiviert werden. Bei Vollkastraten kommt nur eine rein psychogene Wirkung in Frage. A. Rosenburg-Berlin.

Ein Universalsuspensorium, von B. Chajes-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 27, S. 943.) Die Vorteile bestehen darin, daß das Suspensorium auch für alle Komplikationen genügt; für den Bedarfsfall ist ein leicht daran zu befestigender Penishalter sowie eine passende wasserdichte Einlage für feuchte Verbände vorhanden. E. Levin-Berlin.

Über den Samenblaseninhalt Verstorbener in Beziehung zum übrigen Sektionsbefund, von Erich Brack-Hamburg. (Zschr. f. urolog. Chir., 1923. Bd. 12, H. 5/6, S. 403.) Verf. fand bei Verstorbenen in Samenblasen stets einen charakteristischen Inhalt. Normalerweise stammt der Inhalt der Samenblasen aus den Hoden; scheidet aber der Hoden wegen Stenosenbildung nicht in die Samenblasen aus, so tritt, durch das Vakuum angeregt, eine erhöhte Tätigkeit der Samenblasenschleimhaut auf, die eine glasige, zähe, transparente Masse ausscheidet, die wir dann an Stelle des normalerweise dickflüssigen, milchig-grauen Inhaltes vorfinden. Diese milchig-graue normale Masse besteht aus reinen Hodenprodukten; erst vor der Ejakulation vermischt sich der Inhalt der Samenblase mit dem Prostatasaft, wird dadurch salzig und dünnflüssiger. Ein Auftreten von weißen Blutelementen im Sameninhalt ist nicht normal, sondern deutet auf eine allgemeine

Digitized by Google

Überladung mit weißen Blutkörperchen hin, wenn nicht in der Nähe der Samenblasen eine lokalisierte Blutüberladung vorliegt. Epithelien sind bei Kindern und Jugendlichen häufig; bei Erwachsenen kommen sie bei lokaler oder allgemeiner akuter Erkrankung vor. Über das Vorkommen von Mikroorganismen berichtet Verf., daß er bei eiternden Wunden an irgend einer Stelle des Körpers in allen Fällen, in denen er den Samenblaseninhalt bakteriologisch untersuchte, auch Reinkulturen der betreffenden Bakterien herstellen konnte. So glaubt Verf., daß man viel mehr Wert auf das Samenblasensekret legen sollte, um so mehr, als man es leicht durch Exprimieren der Samenblasen erhält. Eine Hodenpunktion, wie sie Posner vorschlägt, hält Verf. schon für einen zu großen Eingriff. — Der so gewonnene Samenblaseninhalt gibt uns dann einen Anhalt über die Befruchtungsfähigkeit; jedoch soll man bei negativem Ausfall sich nicht mit dem einmaligen Ausfall begnügen, da bei der großen Regenerationsfähigkeit der Hoden (Tietje) vielleicht später ein günstigeres Resultat sich ergibt. A. Rosenburg-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über die Behandlung der Pyurie im Kindesalter, von E. Faerber und D. Latzky-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 26, S. 847—849.) Da die Ätiologie und Pathogenese der Pyurie noch unklar ist, dürfen wir nicht damit rechnen, mit ein und derselben Therapie in allen Fällen die gleichen Erfolge zu erzielen. Es müssen daher sämtliche Behandlungsmethoden entweder abwechselnd oder kombiniert angewendet werden. Am wichtigsten ist die Hebung des Allgemeinzustandes durch eine knappe, aber konzentrierte, vitaminreiche Nahrung. Will man außerdem noch die Erreger selbst bekämpfen, so hat man die Wahl zwischen Harnantiseptika (Salol, Urotropin), der Säure- und Alkalibehandlung, der Behandlung mit Autovakzine, Eigenharnvakzine, Kollargol, Argochrom und anderen Antiseptika. Zwecklos ist die Behandlung der Pyurie mit Blasenspülungen. Oft führt auch die Bekämpfung des primären Infektionsherdes zum Ziel.
F. Harry-Wiesbaden.

Die Nephrektomie auf Grund der Konstanten (La nephrectomie sur la constante), von Jean Quénu. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 16, S. 320—322.) Zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der gesunden Niere behufs Beurteilung einer vorzunehmenden Operation wird das Verfahren von Ambard (Feststellung der Abweichung von dem normalen Zustand der Konstante) empfohlen. Die Formel lautet:

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D \cdot \frac{70}{P}} \cdot \sqrt{\frac{C}{25}}} = 0{,}070 \text{ Normalzustand}$$

Ur = Azotämie, D = Harnstoffausscheidung in 24 Stunden, P = Gewicht der Person, C = Konzentration des Harnstoffs im Urin. E. Levin-Berlin.

Der paranephritische Abszeß, von Max Baumann-Hannover. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 129, H. 2, S. 337—341.) Die auf dem Blutwege eingeschwemmten und in der Niere festgehaltenen Bakterien vermehren sich nicht in dem blutreichen Parenchym, sondern erst in dem relativ blutarmen Fettgewebe, das sie auf dem Blut- oder Lymphwege erreichen. Als primäre Ursache war eine Eiterung der Haut nachzuweisen. Als Erreger kommt in Betracht Staphylococcus aureus. Röntgenuntersuchung und Zystoskopie für die Beurteilung von wesentlichem Wert. Durchschnittlich tritt erst nach 3—4 Wochen nach Abheilung der Hauteiterung die Komplikation in Erscheinung.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Die Diagnose und Behandlung von Uretersteinen (The Diagnosis and Treatment of Stone in the Ureter), von H. L. Kretschmer-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 20, S. 1425—1429.) Kritische Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Methoden bei diesem Leiden. Aus beigegebenen Tabellen erhellt, daß mit den unblutigen Methoden (Öleinspritzung, Ureterenkatheterismus) in 66 Fällen Heilerfolge erzielt wurden und nur 16 Fälle der Operation bedurften. In 37 Fällen gingen die Steine ohne ärztlichen Eingriff ab. F. Quasig-Hamburg.

e. Weibliches Genitale.

Über Scheidendesinfektion, von H. Kionka, Pharm. Inst. Jena. (M. Kl., 1923, Nr. 32, S. 1118—1120.) Laboratoriumsversuche und theoretische Auseinandersetzungen über die desinfizierenden und prophylaktischen Wirkungen des Agressit. Die in die Scheide eingebrachten Tabletten lösen sich unter starker Schaumbildung infolge Abgabe von dissoziiertem Chlor und naszierendem Sauerstoff; neben diesen beiden wirkt Chinin.

Digitized by Google

bihydrochlor. desinfizierend. Die Wirkung auf Bakterien ist eine starke; eine Schädigung der Schleimhaut findet nicht statt. Wie weit die theoretisch anzunehmende prophylaktische und abortiv heilende Wirkung bei Frauen tatsächlich eintritt, müssen klinische Nachprüfungen ergeben. E. Levin-Berlin.

Rektum und Anus.

Ein neues plastisches Verfahren zur radikalen Behandlung schwerster Formen von Pruritus ani, von F. Karewski-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 25, S. 810 bis 811.) Erst wenn alle Arten konservativer Therapie völlig versagt haben, sollen chirurgische Maßnahmen angewendet werden. Verf. empfiehlt in solchen Fällen die totale Exstirpation des Integumentes um die Analöffnung. Zur Deckung des entstandenen Defektes soll ein Hautlappen aus weiterer Entfernung herbeigeholt werden, damit jede nervöse Versorgung der Analhaut mit der neugebildeten Umrahmung des Afters gänzlich aufgehoben wird. F. Harry-Wiesbaden.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Zur Pathologie und Diagnose des Pseudohermaphroditismus femininus externus als innere Sekretionsstörung, von Alfred Löser und Wilhelm Israel-Berlin. (Zschr. f. urol. Chir., 1923, Bd. 13, H. 1/2, S. 75.) Bei 2 Schwestern von 21 und 18 Jahren beobachteten Verff. einen ausgesprochenen Pseudohermaphroditismus femininus externus mit Vergrößerung der Klitoris zu einem 5 cm langen gliedartigen Gebilde, männlichen Haargrenzen und männlichem Gesamthabitus. Da, wie die Laparotomie ergab, Uterus und Adnexe vorhanden waren, bestand auch ein weibliches Geschlechtsempfinden. Die Behinderung des Geschlechtsverkehres, nur fadendünne Scheidenöffnung. Wegen Verdacht einer Nebennierenveränderung Pneumoradiographie des Nierenlagers und Feststellung einer beträchtlichen Vergrößerung der Nebennieren beiderseits. Dieser Befund stimmt auch mit den früheren Beobachtungen überein. Bei der Laparotomie wurden keine Hoden gefunden. Die Ovarien zeigten Corpora albicantia. Bei beiden Schwestern bestand eine die sämtlichen Geschlechtsorgane infiziert habende sehr virulente Blennorrhoe, die trotz der fadenförmigen Vagina — dieselbe war gerade noch mit der Sonde durchgängig, eine Kohabitation also völlig unmöglich — bis in die letzten Winkel des Genitaltraktus aufgewandert war und bei der einen Schwester zur Einschmelzung des Ovars geführt hatte. Die Untersuchung der Hypophyse ergab keinerlei röntgenologisch feststellbare Veränderung. Verff. halten die Veränderungen durch über den Weg von den Nebennieren über die Keimdrüsen bedingte innersekretorische Veränderungen. A. Rosenburg-Berlin.

Psychoanalytischer Beitrag zur Theorie der Homosexualität, von M. Nachmansohn. (Zschr. f. Sexualw., 1923, Bd. 10, H. 3.) Die Theorie der Homosexualität ist besonders wichtig für die Therapie; in dieser Hinsicht sind die sich bisher gegenüberstehenden Theorien (Zwischenstufentheorie Hirschfeld und Akquisitionstheorie Kraepelin) unbefriedigend. Nach den Experimenten Steinachs (Abhängigkeit der Psychosexualität von somatischen Eigenschaften) ist der Beweis für die angeborene Homosexualität erbracht, sie sagen aber nichts über die Bedeutung exogener psychischer Einflüsse auf die Ausbildung der echten Homosexualität. Zu besseren Ergebnissen als die bisherigen Theorien führte die Psychoanalyse. Es ergab sich eine stark inzestuöse Fixierung an Mutter bzw. Schwester, dadurch wurde die in dem Kranken waltende Inzestschranke aufs stärkste entwickelt, sie verdrängte die Inzesterotik ins Unbewußte unter Bildung ganz besonderer Schutzmaßnahmen. Ein solcher Schutzmechanismus kann auch die Homosexualität sein, durch die der Patient die absolute Sicherheit bekommt, daß er des Inzestes nicht fähig sei. Durch diese Theorie werden auch viele bisher nicht verständliche Symptome als zwangsneurotische Schutzmechanismen erklärt (horror feminae, Lust an weiblicher Beschäftigung). Die psychische Homosexualität ist danach eine typische Zwangsneurose, für deren Entstehung mehrere Bedingungen in Betracht kommen: Disposition zu Zwangsneurosen überhaupt, ferner vorhandene stärkere homosexuelle Komponente, sodann Reize, die von längerer Dauer sind und die Fähigkeit besitzen, die Inzestscheu besonders zu fördern: Vaterlosigkeit (stärkere Bindung an die Mutter), einziges Kind, dessen Vater durch den Beruf verhindert ist, sich seinen Kindern zu widmen. Kurzdauernde okkasionelle Traumata, die allein nicht ausreichen würden, kommen hinzu (zufällige Berührung der Genitalien eines Kameraden, Anblick eines urinierenden Freundes während gleichzeitiger sexueller Erregung). Zur Entstehung müssen alle Faktoren zusammenwirken. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Farbenlust und Sexualtrieb, von Oskar F. Scheuer-Wien. (Zschr. f. Sexualw., 1923, Bd. 10, H. 1/3.) Bei der Liebeswahl kommt in erster Linie der Gesichtssinn in Betracht. Allen Tierklassen, auch dem Menschen, dient äußere Schönheit, Farbenglanz dazu, die Geschlechtsbereitschaft und -erregung zu zeigen und auf das andere Geschlecht zu übertragen. Das war zunächst bei dem männlichen Teile der Fall (Tätowierungen, bunte Uniformen), erst mit dem weiteren Gange der Kultur wurden die Rollen verwechselt, der weibliche Teil wurde zum lockenden (Haarfärben, Schminken, das sich aus der Körperbemalung entwickelte, für die mit zunehmender Bekleidung nur das Gesicht freiblieb, Goldfüllungen der Zähne, oft ohne zwingenden Grund), dies alles besonders bei Prostituierten. Die Hautfarbe der verschiedenen Rassen wirkt teils in ihrer spezifischen Art als Schönheitsideal, teils kann auch gerade der Kontrast anregend wirken (weiße Frauen laufen Männern dunkelfarbiger Stämme nach!). Eine bedeutsame Rolle spielt die Farbe der Haare (besonders blond und rötlichblond). Als Geschlechtszeichen des Weibes kann die helle Farbe dienen, was sich auch in der gewollten Betonung weißer Unterkleidung, Rüschen usw. zeigt. Auch bunte Farben werden von der Bekleidungskunst zweckmäßig verwendet. Die Neigung zu einzelnen Farben kann zu Fetischismus führen; sexuelle Erregungen, Onanie, Pollutionen können mit der Vorstellung bestimmter Farben verbunden sein, am meisten wohl rot. Das zeigt sich auch in der Bemalung des Körpers bei wilden Völkerstämmen mit Eisenocker als primitives sexuelles Lockmittel. Gewisse Assoziationen (Blut) spielen dabei eine Rolle.

E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Hans Haustein-Berlin. (Klin. W., 1923, Nr. 23, S. 1079.) Verf. schildert die Verhältnisse in Stockholm nach der Einführung der Lex Veneris und geht an der Hand von Tabellen auf die Behandlungsmöglichkeiten an den Krankenhäusern und in den Polikliniken ein. Er fordert auch für unsere Verhältnisse, daß zur Krankenhausaufnahme nur kommen 1. Kranke, bei denen eine Infektionsgefahr besteht, 2. diejenigen mit Komplikationen und schließlich 3. solche Personen, bei denen aus sozialen Gründen eine Krankenhausaufnahme notwendig ist. Die Aufnahme soll von einem erfahrenen Arzt jedesmal begutachtet werden. Für die übrigen Geschlechtskranken hat sich in Stockholm die Einrichtung großer Polikliniken bewährt, wodurch dem Staate und der Stadt wesentliche Ersparnisse entstehen. Verf. glaubt, daß sich diese Einrichtungen ohne Schwierigkeiten auch bei uns durchführen ließen. E. Langer-Berlin.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in England, von Felix Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 32, S. 1141—1142.) Besprechung des nach langjährigen Beratungen zustande gekommenen Berichtes des Committee of Inquiry on Venereal Disease, der sich auf medizinische Fragen beschränkt, auf soziale Verhältnisse nur andeutungsweise eingeht. Über die Bedeutung der Prostitution und Überwachung der Verdächtigen ist nichts darin enthalten, es wird nur die Krankheit des einzelnen Menschen betrachtet und alles vom freien Willen erwartet, Zwang in jeder Hinsicht als unwirksam und schädlich zurückgewiesen. E. Levin-Berlin.

Über das Vorkommen der Geschlechtskrankheiten in Schottland (On the Invidence of Venereal Disease in Scotiand), von T. F. Dewar. (Edinburgh J., 1923, Bd. 30, Nr. 8, S. 313—336.) Der Hauptpunkt des Vorkommens ist Glasgow, es nimmt mit der Dichtigkeit der Bevölkerung ab. In den großen Städten scheinen 3—5% der Kinder mit kongenitaler Syphilis geboren zu werden. Zwischen den beiden Teilen des vereinigten Königreichs bestehen bzgl. des allgemeinen Vorkommens keine besonderen Unterschiede. Nach der geringsten Schätzung kommen in Schottland bei einer Bevölkerung von $4^3/_4$ Millionen jährlich 12000 frische Fälle von Syphilis vor, davon $^2/_3$ bei Männern; ferner 35000—70000 frische Tripperfälle. Zu einem gegebenen Zeitpunkte sind mindestens 2—3% der gesamten Bevölkerung von einer Geschlechtskrankheit befallen. Im ganzen scheint eine Neigung zum Rückgange der Krankheiten zu bestehen, was mit dem bei allen endemischen Krankheiten nach einigen Jahren des Bestehens sich einstellenden gewissen Gleichgewicht zusammenhängt. E. Levin-Berlin.

Verschiedenes.

Neuzeitliche Fortschritte auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von L. Hauck-Erlangen. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, Nr. 12, S. 358—362.)

Digitized by Google

Rede, gehalten bei der Einweihung der neuerrichteten Dermatol. Klinik Erlangen. Überblick über die Forschungsergebnisse der letzten Jahre. F. Jacobsohn-Berlin.

Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Überblick über wichtige dermatologische Gegenwartsfragen, von O. Grütz-Kiel. (D. m. W., 1923, Nr. 29, S. 955 bis 956) Verf. gibt in großen Zügen einen Überblick. Er behandelt die von Friboes vertretene Auffassung, daß die Epidermis aus 2 Keimblättern aufgebaut ist, ferner die Lehre vom Pigment und schließlich die Anschauungen Meirowskys vom Wesen der Nävi. F. Harry-Wiesbaden.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Bau der Menschen- und Tier-„Epidermis". Bau des Korneaepithels. — Entwicklung der Säugetier- und Menschenepidermis, von Walther Friboes-Rostock. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 622.) In Ergänzung früherer Untersuchungen fand Friboes, daß auch in der Kornea von 1—2tägigen Kälbern ein nach ganz bestimmten bio-mechanischen Gesetzen verspanntes Fasersystem vorhanden ist, daß die Spannung der Kornea aufrecht erhält, ununterbrochen senkrecht und wagrecht sie völlig durchsetzt und die Bildungszellen des ganzen Faserbaues in den unteren Abschnitten des Hornhautepithels aufweist. Diese sind mesenchymalen Ursprungs und entsprechen den „Wanderzellen" im unteren Teil der Hornhaut. — Die Epidermisentwicklung der ersten Fötalzeit ist nur eine Übergangsbildung; ihr folgt die bleibende Bildung von den Basalzellen aus mit ganz anders verspanntem Epithelfaserbau. A. v. Notthafft-München.

Über Eigenbewegungen des peripherischsten Gefäßabschnittes, von Schickler und Mayer-List, Med. Klinik Tübingen. (D. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1077.) Erzeugt man durch Wärme Esmarchsche Blutleere oder Nitroglyzerin-Hyperämie, so kann man in Abständen von 10 Sekunden rhythmische Bewegungen im peripherischsten Gefäßabschnitt beobachten, die mit einer Stase beginnen und dann zu einer vorübergehenden Verschmälerung oder Aufhebung des Gefäßvolumens führen. Die Kapillaren führen nach Ansicht der Verff. die gleichen Eigenbewegungen aus, die bereits früher von anderen Autoren an Venen und Arterien beobachtet worden sind. F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zur Kenntnis der feinen Blutzirkulation des behaarten Kopfes (Contributo alla conoscenza della fine circolazione sanguinea del cuoio capelluto. Con una tavola), von A. Versari. (Ricerche morfologiche, 1923, Bd. 3, H. 1.) Studien an injizierten Präparaten. Ergebnisse: Das venöse Netz ist in der Haut des behaarten Kopfes reichlicher als an anderen Hautstellen. An Stelle eines zwischen dem mittleren und untersten Drittel der Haut gelegenen Netzes erstreckt sich ein solches durch die ganze Dicke der Haut von der tiefsten bis zur subpapillären Schicht. Sehr zahlreich sind die Spaltholzschen Hilfsvenen; sie können eine Überfüllung des Hauptnetzes verhindern. Das Hautfett wird vor allem von den höher gelegenen Gefäßen versorgt, beeinflußt (vielleicht thermoregulatorisch, sicher mechanisch) mittelbar die durch die Arrectores pili bestimmte Bewegung der Haare. Der Einfluß des Fettes auf Haut und Haare erleuchtet nicht nur aus der Gefäßverteilung, sondern auch daraus, daß dem Haarschwund eine Verringerung des die Bulbi umgebenden Fettes vorausgeht.
A. v. Notthafft-München.

Vegetatives Nervensystem und Haut, von E. Pulay-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 30/31, S. 1372) Vegetatives Nervensystem und Drüsen mit innerer Sekretion stehen in einem innigen Zusammenhang. Nur bei völligem Gleichgewichtszustand im sympathisch-vagischen System kann dieses seiner Funktion genügen. Dieser Gleichgewichtszustand hinwiederum ist abhängig von dem Ionengleichgewicht. Die Elektrolyte und Nichtelektrolyte stellen das chemische Substrat dar, das den Tonus im vegetativen System beherrscht. E. Langer-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Über das Aufkleben mikroskopischer Schnitte mittels Wasserglas, von A. Gottstein-Berlin. (M. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1056.) Die von Windholz kürzlich empfohlene Methode hat schon 1856 Welcker empfohlen. Gottstein hat die Methode, wenigstens was Bakterien betrifft, nicht für Dauerpräparate geeignet befunden.
A. v. Notthafft-München.

Eine neue Universal-Mikroskopierlampe für Hell- und Dunkelfeld, von Paul Rosenberg-München. (M. m. W., 1923, Nr. 24, S. 224.) Hersteller: Lautenschläger, München. Lichtquelle: mit Stickstoff gefüllte 100-Watt-Speziallampe. Durch einen Glaskolben, der zur Ausschaltung der störenden roten Strahlen mit stark verdünnter

Digitized by Google

Kupfersulfatlösung gefüllt ist, werden die Strahlen auf den Mikroskopierspiegel projiziert. Lichtquelle und Lichtsammler sind in einem Gehäuse zusammengefaßt, das als geschlossene technische Einheit in beliebiger Weise eingestellt werden kann, ein Vorzug gegenüber ähnlichen Konstruktionen nach dem Prinzip der Schusterkugel.

A. v. Notthafft-München.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Beiträge zur Frage der spezifischen immunisatorischen Fähigkeit der Haut, von H. Moral, Städt. Krkh. Berlin-Reinickendorf. (M. Kl., 1923, Nr. 36, S. 1229.) Ergebnisse von Versuchen, die der Annahme einer besonderen immunisatorischen Tätigkeit der Haut entgegenstehen. E. Levin-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Beobachtungen zur Frage des Leukozytensturzes nach Intrakutanimpfungen, besonders bei allgemeinen Dermatosen, von Werner Müller-Dresden. (M. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1149.) Beim Normalen bedingt der auf intrakutane Einspritzung eintretende Leukozytensturz einen Leukozytenunterschied von mindestens 25 v. H. Bei einigen allgemeinen Hautkrankheiten wurde der Leukozytensturz nicht oder nur abgeschwächt beobachtet. Mit Rücksicht auf die Nevermannschen Untersuchungen ist zu vermuten, daß er nur als Teil einer großen, den Gesamtkörper beeinflussenden Schutztätigkeit der Haut gegen äußere Einflüsse aufzufassen ist. Die Versuche des Verf. machen enge Beziehungen zwischen Haut und vegetativem Nervensystem wahrscheinlich.

A. v. Notthafft-München.

Kritik zur sogenannten „hämoklasischen Krise" Widals als Leberfunktionsprüfung, von Hans Mietling-Jena. (M. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1089.) Die Untersuchungen wurden ausgeführt, weil die Lehre Widals auch für den Syphilidologen von Wichtigkeit wäre. Bei drei Leberkranken fand sich aber keine „alimentäre Leukopenie". Bei lebergesunden anderen Kranken konnte ein „Leuko-Widal" festgestellt werden. Daraus ergibt sich, daß die Leukozytenschwankungen nach alimentären Reizen nicht von einer gestörten Leberfunktion abhängig sind. A. v. Notthafft-München.

Über physikalisch-chemische Serumuntersuchungen bei Hautkranken, von A. Memmesheimer-Essen. (M. m. W., 1923, Nr. 27, S. 872.) Unter den untersuchten Ekzemfällen wurde bei den chronischen in der Regel eine erhöhte Viskosität, gleichlaufend mit erniedrigter Oberflächenspannung, gefunden. Die Serumstabilität ist herabgesetzt, die Goldzahl meist sehr klein, was einer erhöhten Schutzwirkung entspricht. Diese Veränderungen werden aus bestimmten (nicht angegebenen) Gründen einer Globulinvermehrung im Serum zugeschrieben. Bei den akuten Krankheitsfällen sind die Veränderungen in geringerem Grade zu beobachten. Bei Schuppenflechte wurden bis auf erhöhte Schutzwirkung der Kolloide keine wesentlich veränderten Werte gefunden. Zwei Fälle von Pemphigus vulgaris zeigten hohe Viskositätswerte und große Serumschutzwirkung. Zur Zeit ist nicht zu entscheiden, ob hier die schon mehrfach festgestellte Kochsalzverhaltung oder ebenfalls Globulinvermehrung eine Rolle spielen. Ein Fall von idiopathischer Hautgangrän zeigte neben hoher Viskosität und geringer Goldzahl sehr starke Erniedrigung des Gerinnungspunktes. Bei frischen, unbehandelten Fällen von Syphilis III fanden sich meist erhöhte Viskositätswerte, ein paarmal Herabsetzung, andermal geringe Erhöhung des Gerinnungspunktes und schließlich eine sehr hohe Schutzwirkung des Serums. Die Bestimmung der Alkoholzahl ergab niemals sichere Werte. Die erhöhten Viskositätswerte bei Syphilis II werden der schon früher nachgewiesenen Vermehrung der Globulinfraktion zugeschoben.

A. v. Notthafft-München.

Körperfremde Stoffe in der Kantharidinblase als Maß der Durchgangsgeschwindigkeit und des Dermotropismus, von E. Thomas und W. Arnold-Köln. (M. m. W., 1923, Nr. 18, S. 561.) In die Vene des einen Kaninchenohres eingespritztes Fluoreszin erschien nach 30 Sek. in der aus dem Grunde der künstlich gesetzten Blase des anderen Ohres abtropfenden Flüssigkeit, Salizyl im Mittel in 10 Min. (vom Magen aus gelangte letzteres nach 12 Min. ins Blut, nach 24 Min. in die Blase), Ferrozyankalium nach $2^1/_2$—$3^3/_4$ Min. Dagegen gelingt das Ansäuern des Blaseninhaltes (saures Natriumphosphat) ziemlich schwer. Die großen Unterschiede, die zeitlich zwischen dem Erscheinen der einzelnen Substanzen bestehen, dürften in einem verschiedenen spezifischen Aufsaugungsvermögen der Haut begründet sein. Verff. haben auch eine Methode aus-

Digitized by Google

gearbeitet, welche erlauben soll, in getrennten Zwischenräumen größere Flüssigkeitsmengen aus Hautblasen aufzufangen. A. v. Notthafft-München.

Über Porphyrinurie und natürliche Porphyrine, von Hans Fischer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1143.) Neben Hämatoporphyrin hat man noch ein Uroporphyrin, ein Koproporphyrin und das Kämmererssche Porphyrin nachgewiesen. Erstere beiden Stoffe finden sich im Harn bei der Porphyrinurie, Koproporphyrin dabei nur als Nebenprodukt. Das Kämmererssche Porphyrin tritt in faulendem Blut auf, und zwar sowohl im Darm (Darmblutung, Blutnahrung) wie im Reagenzglas. Alle drei Stoffe wirken stark sensibilisierend. Da das Kämmererssche Porphyrin nicht im Harn vorkommt, erzeugt es, wie Versuche Fischers dargetan haben, beim Menschen vom Darm aus keine Sensibilisierungserscheinungen. Das Koproporphyrin findet sich im normalen Harn und Kot. Die Schummsche Behauptung, daß es in ersteren nur nach Fleischgenuß übertritt, trifft nicht zu. Bei Fäulnis des Fleisches entsteht es allerdings in erhöhter Menge. Das normale Porphyrin entsteht durch Zerfall des Muskelfarbstoffes Myohämatin (besser: Myohämoglobin). Daneben bildet die Eiweißkomponente des letzteren anscheinend einen braunen Farbstoff, der im Harn erscheint. Gewisse Gifte können den normalen Abbau von Myohämoglobin in Koproporphyrin und Farbstoff krankhaft steigern. Das Koproporphyrin ist schwer ausscheidbar. Durch Karboxylierung in der Niere erhält es diese Fähigkeit, wird aber dabei höchst leicht giftig. Durch Verbindung mit dem Farbstoff scheint dann eine Entgiftung herbeigeführt zu werden. Beim Menschen und höheren Säugetier bestehen zwei Hämoglobine nebeneinander, das Bluthämoglobin und das Myohämoglobin. Der eisenfreie Bestandteil des letzteren besitzt eine Karboxylgruppe und zwei Sauerstoffatome mehr (vielleicht auch zwei Karboxylgruppen) als das Hämin, der Farbstoff des Hämoglobins. Porphyrine anderer Art finden sich auch sonst noch im Tierreich. A. v. Notthafft-München.

Über Porphyrinbildung bei Lungengangrän und putrider Bronchiektasie, von H. Kämmerer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1144.) Kämmerer hat durch Überimpfung des Auswurfes eines Lungenbrandkranken auf Blutbouillon eine Zersetzung desselben in Poryphyrin (Kämmerer) erreicht. Der Impfstoff enthielt ein Gemisch verschiedener aerober und anaerober Bakterien. Der gleiche Vorgang kann sich im Lungenherd selbst abspielen. A. v. Notthafft-München.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Über die für das Verschwinden von subkutan injizierter Salzlösung erforderliche Zeit (Time Required for Disappearance of Intradermally Injected Salt Solution, Preliminary Report of Observations, with Special Reference to Cases of Edema), von W. B. Mc Clure und C. A. Aldrich-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 4, S. 293.) Die Zeit, welche für das Verschwinden der Quaddel nach intrakutaner Impfung erforderlich ist, kann eine Anzeige für die Aufsaugungsfähigkeit der Gewebe für Wasser sein. Es zeigte sich, daß zwei Quaddeln an der gleichen Körperstelle (Arm oder Bein) fast gleichzeitig verschwinden; eine Abweichung hiervon ist auf Verschiedenheit in der Tiefe der Einspritzungen zurückzuführen. Verschiedene pathologische Zustände zeigten ausgesprochene verringerte Zeit im Verschwinden der Erhebung. Diese Zeit verringert sich im allgemeinen in dem Maße, als Ödeme und pathologische Befunde im Urin zunehmen — tabellarische Übersicht über solche und Kontrollfälle. Diese Probe kann demnach von Bedeutung sein, um das sogenannte präödematöse Stadium der Gewebe zu bestimmen. M. Stern-München.

Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, von O. Kren-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 32 und 33, S. 1417.) Zusammenfassende Arbeit in Fortsetzung einer früheren. Für den Facharzt nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Zur Behandlung des Phagedänismus mit intravenösen Chininjektionen, von A. Buschke-Berlin. (Klin. Wschr., 1923, Nr. 35, S. 1675.) Es sind zwei Arten des Auftretens der phagedänischen Erscheinungen zu trennen: 1. eine mildere meist lokalisierte ohne oder ohne nennenswerte Allgemeinerscheinungen, die auf die bisher übliche Therapie gut anspricht. 2. eine schwere Form mit hohen Temperaturen, schwersten Allgemeinerscheinungen, oft von septischem Charakter. Bei dieser Form haben meist die üblichen Therapeutika nichts genützt, dagegen hat sich hier Chinin-Urethan intravenös, täglich 0,3—0,5—1 ccm, gut bewährt. Seit der Chininmedikation ist auch bei schweren Fällen kein Todesfall mehr vorgekommen. Es empfiehlt sich die Chinindarreichung auch noch einige Zeit nach der Entfieberung fortzuführen.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Über orale Verabreichung von Stibenyl, von H. v. Hayek-Innsbruck. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1923, Bd. 27, S. 268—273.) Stibenyl (Heyden) ist p-Aetylaminophenylstibinsaures Natron. Auf Grund von Uhlenhuths chemotherapeutischen Versuchen ist es in Aufnahme gekommen bei Leishmaniosen, Kala-azar u. a. Verf. hat die perorale Wirkungsweise des Stibenyl am Hunde nachgeprüft und gefunden, daß eine Brechwirkung erst nach sehr hohen Dosen eintritt. Schwerere toxische Erscheinungen konnten selbst bei maximalen Dosen nicht beobachtet werden, die Wirkung ist niemals kumulierend, resorbiertes Antimon wird sehr schnell ausgeschieden. Bei Stibenyltartrat scheint die Giftigkeit des Antimons um ein geringes erhöht zu sein. M. Gumpert-Berlin.

Über Gerbstoffwirkung an Einzelzellen, von H. Handovsky und W. Heubner-Göttingen. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1923. Bd. 99, S. 123—130.) Gerbstoff bewirkt nur in geringer Konzentration eine Adstringierung, d. h. eine Permeabilitätsverminderung der roten Blutzellen, wie an dem verzögerten Eindringen von Nitrit erkennbar ist; in höheren Konzentrationen werden die Blutkörperchen geschädigt und damit durchlässiger für Nitrit. B. Peiser-Berlin.

Über Obermeyers Medizinal-Herba-Rasierseife, von A. Jacobsberg-Berlin, Krkh. Friedrichshain. (Ther. d. Gegenw., 1923, Jahrg. 64, H. 7, S. 294.) Anpreisung der Rasierseife wegen ihrer Reizlosigkeit zumal bei Dermatosen der Gesichtshaut. Sogar bei einem Primäraffekt der Unterlippe „schien die Seife die Reinigung und Abheilung des Geschwürs rascher herbeizuführen". F. Jacobsohn-Berlin.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artificialis usw.

Harzdermatitis (Resin Dermatitis. Report of Case), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 1, S. 13—15.) Verf. berichtet über einen Fall von Dermatitis des linken Zeige- und Mittelfingers nach Kolophonium bei einem 56jährigen Violinspieler. Die Erkrankung trat in den letzten Jahren immer im Winterhalbjahr auf, sobald der Kranke als Violinspieler tätig war. Die Nägel der betreffenden Finger waren leicht brüchig, ohne daß die Nagelmatrix krankhaft verändert schien. F. Quasig-Hamburg.

Toxisches Erythem nach Injektion von kakodylsaurem Natrium, von Bogrow †. (Medicinski J., 1923, Bd. 3, Nr. 5—6.) (Russisch.) Beschreibung von 4 Fällen von toxischem Erythem nach subkutaner Anwendung von kakodylsaurem Natrium. Alle 4 Fälle betrafen Frauen. Das Erythem schwand bald. A. Jordan-Moskau.

Chronische Quecksilbervergiftung durch langdauernden Gebrauch einer Sommersprossensalbe, von A. Alexander und K. Mendel-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1021—1022.) Infolge jahrelangen Gebrauchs einer 10%igen Quecksilbersalbe enwickelten sich schwere Störungen im Bereich des Nervensystems und der endokrinen Drüsen. Pat. klagte über Kopfschmerzen, Speichelfluß, ekelhaften Geschmack im Munde, Lockerung der Zähne, Diarrhoe, Gliederschmerzen, Haarausfall, starke Schweiße, Urindrang und Temperatursteigerung. Außerdem war sie stark abgemagert, psychisch alteriert und ohne sexuelle Empfindung. F. Harry-Wiesbaden.

Akute gewerbliche Quecksilbervergiftung, von Max Winkler-Luzern. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 32, S. 745—747.) Es erkrankte eine Reihe von Arbeitern in einer Fabrik, in der eine neue Anlage in Betrieb gesetzt war, die den Zweck hatte, die zum Aufschließen der Zellulose verbrauchte Natronlauge zu regenerieren; dabei wurde das metallische Quecksilber in Kanäle geleitet und mit der Natronlauge in Berührung gebracht. Das Quecksilber amalgamisierte bei dieser Prozedur und mußte mittels Destillation unter Vakuumniederdruck wieder in den reinen Zustand zurückgeführt werden. Da eins der Kondensrohre nicht ganz dicht war, sickerten feine Quecksilberkügelchen durch und es entwichen wohl auch Dämpfe. Die Arbeiter zeigten mehr oder weniger schwere Symptome von akuter Quecksilberschädigung, von leichter Zahnfleischentzündung bis zur Geschwürsbildung am Zahnfleisch und der Wangenschleimhaut. Dazu Allgemeinsymptome wie Kopfschmerz, Frösteln, Druck auf der Brust, unruhiger, schreckhafter Schlaf, Salivation, foetor ex ore, belegte Zunge, Magendrücken, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation; dann Albuminurie und Nephritis. Die Einwirkung der Schädigung dauerte nur kurze Zeit. Die Bevölkerung hat im großen ganzen sehr schlechte Zähne und ein wenig gepflegtes Zahnfleisch, so fand sich gewissermaßen ein locus minoris resistentiae. Verhaltungs- und Vorbeugungsmaßnahmen für Anlagen, in denen Quecksilber Verwendung findet. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von Sublimatvergiftung von der Scheide aus, von Thoret-

Digitized by Google

Eltville. (M. m. W., 1923, Nr. 18, S. 569.) Tod nach 0,5 $HgCl_2$ in pastilla, eingeführt zur Verhinderung der Konzeption. Stomatitis, Kolitis, Vaginitis ulcerosa, Ischurie.
A. v. Notthafft-München.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Karzinom, von E. Hassencamp-Halle. (Zbl. f. innere Med., 1923, Nr. 32, S. 513.) Kritisches Übersichtsreferat über den derzeitigen Stand der Frage in Anlehnung an die diesjährige Tagung der D. Röntgengesellschaft in Heidelberg. 1. Die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf maligne Tumoren. Zwei Anschauungen stehen sich hier schroff gegenüber. Nach Perthes (und Wintz) schädigen die Strahlen den Kern und stören dadurch die Zelle in ihrer Teilungsfähigkeit. Das Leben der Zellen bleibt erhalten; sie sind aber nur kurzlebig und gehen nach einigen Wochen zugrunde — und mit ihnen der Tumor. Opitz dagegen sucht die Wirkung der Strahlen nicht in einer Zerstörung der Krebszellen, sondern in einer Reizung des Bindegewebes, das dann wuchere und durch seinen Druck die Krebszellen töte. Die Entscheidung dieser Frage wäre äußerst wichtig, da mit ihr in engstem Zusammenhang die Therapie steht. Stellt man sich auf den Perthesschen Standpunkt, muß man möglichst große Dosen anwenden (Wintz); will man dagegen nur eine Reizwirkung auf das Bindegewebe ausüben, so darf man naturgemäß nur kleine Dosen geben. Die Schwierigkeit ist jedoch, daß man bis heute noch keine Methode hat, die Strahlenmenge genau zu messen. Als Gradmesser dient die biologische Wirkung der Strahlen, in erster Linie die von Seitz und Wintz eingeführte Hauteinheitsdosis (HED). Man versteht darunter diejenige Strahlenmenge, die nach acht Tagen eine leichte Rötung, nach vier Wochen eine Bräunung der Haut hervorruft. Als Karzinomdosis, d. h. diejenige Strahlenmenge, die Ca-Zellen abtötet, geben Seitz und Wintz 90—110% ihrer HED an. — Bei der praktischen Frage: Bestrahlung oder Operation stehen die Chirurgen überwiegend auf dem Standpunkt, daß das operable Karzinom zu operieren ist. Von einer postoperativen Bestrahlung sah genau die Hälfte der Beobachter eine Vermehrung, die andere Hälfte eine Verminderung der Rezidive! Große Dosen — das wird als sicher angenommen — sollen die Rezidive vermehren, kleinere Dosen sind noch nicht genügend ausprobiert. Bei dem Uteruskarzinom stehen die Gynäkologen auf einem anderen Standpunkt: sie wollen jedes Karzinom bestrahlen, auch das operable; eine Minderheit allerdings spricht sich auch bei den gynäkologischen Krebsen für die Operation aus. — Man sieht also, wie weit wir noch von einer einheitlichen Beantwortung dieser praktisch so wichtigen Frage entfernt sind.
F. Landauer-Berlin.

Über die Lebensvorgänge am Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane nach Bestrahlung, von E. Opitz-Freiburg. (M. Kl., 1923, Nr. 36, S. 1215—1218) Bei den therapeutischen Maßnahmen kommt eine direkte Strahlenwirkung, d. h. eine unmittelbare Abtötung der Krebszellen durch die Bestrahlung nicht allein in Frage, weil die praktisch anwendbaren Dosen dafür viel zu gering sind. Vielmehr geht unter dem Einflusse der (allgemeinen oder örtlichen) Bestrahlung eine Änderung vor sich, die das Tier befähigt, der weiteren Wucherung des Krebses halt zu gebieten und ihn zu vernichten. Wahrscheinlich entstehen durch die Bestrahlung chemische Stoffe. Die Strahlen bewirken im Tierversuch eine im gesamten Bindegewebe und im Blut histologisch nachweisbare Reaktion. Am deutlichsten ist die Veränderung in dem dem Karzinom benachbarten Bindegewebe; aus dem mehr oder weniger großen Reichtum an Bindegewebe erklärt sich zum Teil der verschiedene Erfolg bei Karzinomen verschiedenen Sitzes. Heilung im eigentlichen Sinne scheint nur selten zu erfolgen, doch kann auch bei erhaltenen Krebszellen jahrelang scheinbare Gesundheit bestehen. Die Art der Reaktion des Körpers auf die Bestrahlung stellt sich unter der klinischen Form einer Reizung des vegetativen Nervensystems mit vorwiegender Beteiligung des Vagus und der Cholinwirkung dar. Der Standpunkt der Karzinomdosis wird aufgegeben. Die Ansicht, daß es für das Karzinom eine Reizdosis gibt, ist nicht bewiesen. E. Levin-Berlin.

Über Röntgengeschwüre, besonders ihre chirurgische Behandlung, von Pels-Leusden. Chir. Klin. und Poliklin. Greifswald. (M. Kl., 1923, Nr. 35, S. 1181—1184.) Die Röntgengeschwüre sind ausgezeichnet durch die unerträglichen Schmerzen, die wohl darauf beruhen, daß in den Geschwüren die Endigungen der gegen Röntgenstrahlen sehr widerstandsfähigen Nerven frei liegen. Daher auch die gute Wirkung anästhesierender Salben (10%ige Zykloformvaseline). Als Behandlung ist frühzeitiger chirurgischer Ein-

Digitized by Google

griff zu empfehlen. Exzision, wenn möglich im gesunden Gewebe, und sofortige Deckung mit ausgiebiger Plastik (Lappen mindestens $1^1/_2$mal so groß wie im Defekt, soll im Stiel möglichst eine größere Arterie enthalten). Da die Spätröntgenschädigung sich zunächst durch Schwielenbildung bemerkbar macht, ist anzuraten, die Schwielen frühzeitig, ehe sie geschwürig zerfallen, zu exzidieren. E. Levin-Berlin.

Kosmetik.

Die Operation der atrophischen und hypertrophischen Hängebrust, von H. Kraske-Freiburg. (M. m. W., 1921, Nr. 21, S. 672.) Die atrophische Hängebrust wird nach Lexer in der Weise verbessert, daß man von einem vertikalen Längsschnitt auf ihrer Unterfläche aus Fett hineinpflanzt. Die hypertrophische Form ist bis jetzt in drei Fällen durch Vorlagerung des Warzenhofes nach oben und keilförmige Ausschneidung von Haut, Fett und Drüsengewebe durchgeführt worden. Die Basis des Ausschnittdreieckes liegt dabei in der submammären Falte; seine anderen Seiten ziehen nach oben zum Umschneidungsring des Warzenhofes. A. v. Notthafft-München.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Zur Kenntnis der thrombopenischen Purpura (Morbus Werlhofii) im Kindesalter, von M. Schönberger-Jena. (Arch. f. Kindhlkd., 1923, Bd. 73, H. 2/3, S. 152 bis 156.) Ein Kind mit kaum stillbaren Nabelblutungen am zehnten Tage nach der Geburt erhielt vergeblich Gelatineeinspritzungen; erst nach intramuskulärer Vollblutinjektion Sistieren. Nach $2^1/_2$ Jahren Verletzung am Kopf durch Fall. Am dritten Tage Fieber, Erbrechen, Lähmung der linken Körperhälfte. Genesung nach Vollblutinjektion. Blutbefund ergab nur etwas niedrige Leukozytenzahl, relative Lymphozytose; aber Plättchenzahl verringert, Blutungszeit verlängert, ebenso Gerinnungszeit. Bemerkenswert ist, daß neben so ungewöhnlichen Manifestationen wie Nabel- und Hirnblutung die sonst fast stets vorhandenen Zeichen an Haut und Schleimhäuten fehlten. Bei allen derartigen Fällen sind die speziellen Gerinnungs- und Blutungszeitbestimmungen unerläßlich. H. Soltmann-Leipzig.

Zur Therapie des angioneurotischen Ödems, von Friedrich Gerlach, Chir. Abt. des Städt. Krkh. I Hannover. (M. Kl., 1923, Nr. 35, S. 1198—1199.) Fall von Hydrops genu intermittens, seit zwölf Jahren bestehend, mit in allmählich kürzer werdenden Abständen auftretenden Rezidiven. Mit Rücksicht auf die Beziehungen der Krankheit zu Urtikaria, Quinckeschem Ödem usw. Behandlung mit Calcium lacticum dreimal täglich 0,5, später 1,0. Danach unmittelbares Schwinden der Erscheinungen, Wiederauftreten bei Aussetzen der Behandlung, Wiederfortbleiben bei ihrer Fortsetzung. E. Levin-Berlin.

Fall von Elephantiasis der unteren Extremität (Osservazione di elefantiasi di un arto inferiore), von Giordano. (Rif. med., 1923, Nr. 38.) Monströser Fall von Elephantiasis des linken Beines bei einer 41jähr. Frau. Der Oberschenkel mißt in der Mitte 120 cm im Umfang. Das Gesamtgewicht der Pat. ist $113^1/_2$ kg. Chirurgischer Eingriff. Es werden durch einen Längsschnitt 8 kg der elephantiastischen Masse entfernt, wobei etwa ein Liter Lymphe absickert. Makroskopisch zeigt sich dabei das gewöhnliche Bild der Elephantiasis. Sehr guter Heilungsverlauf. Pat. verläßt das Spital bei einem Gesamtgewicht von $74^1/_2$ kg. Der Oberschenkel mißt in der Mitte jetzt nur 64 cm, und Pat. kann rasch gehen. Später leichte Zunahme der Elephantiasis, aber Pat. ist beschwerdelos. E. Freund-Triest.

Elephantiasis hereditaria, von F. Reich-Breslau. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 129, H. 3.) Verf. kommt auf Grund der Statistik zu dem Resultat, daß die Elephantiasis als erbliches Leiden auftreten kann. In den deutschen Berichten werden wenig Fälle von Heredität angeführt. Verf. regt das Interesse für die Heredität von neuem an. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Urtikaria und Erytheme.

Antistreptokokkenserum bei Erythema nodosum (Antistreptococcus Serum in Erythema nodosum), von A. H. Carler-Wolverhampton. (Brit. med. J., 1923, Nr. 3271, S. 414.) Von der Beobachtung, daß Erythema nodosum sehr häufig sich im Anschluß

Digitized by Google

an Tonsillitiden entwickelt, ausgehend, hat C. bei zwei Fällen als alleinige Behandlung Injektionen von polyvalentem Antistreptokokkenserum mit bestem Erfolg angewandt. Nach einer ersten Injektion von 10 ccm war binnen 48 Stunden der Ausschlag eminent gebessert, und nach einer Wiederholung der Gabe waren beide Kranken nach weiteren 36 Stunden so gut wie genesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes.

Experimenteller Herpes zoster. Vorläufiger Bericht (Experimental Herpes Zoster, Preliminary Report), von O. Teague und E. W. Goodpasture-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 5, S. 377.) Die Versuche, welche Verf. mit dem Virus des Lippenherpes eines an Pneumonie Erkrankten vornahmen, bestätigten vollauf diese Übertragbarkeit des Herpes auf Kaninchenkornea. Es entwickelten sich aber auch typische Bläschen an den Inokulationsstellen der Haut, die sogar bei Einteerung derselben späterhin auch längs der Verteilungsstellen der Spinalnerven, welche die inokulierte Hautgegend versorgten, auftraten, konfluieren und zu Pusteln werden können. Die Einimpfung von Spinalganglien, welche an der Seite der Impfstelle und nahe der Herpeseruption lagen, in das Gehirn eines normalen Kaninchens führte zu einer wirklichen Enzephalitis, und die charakteristischen Zelleinschlußkörperchen des Herpesvirus wurden in den Gehirnschnitten des geimpften Tieres gefunden. Es scheint also, daß das Herpesgift sich zuerst an der Impfstelle der Haut vermehrt, dann längs des korrespondierenden Nerven zu dessen Spinalganglien und von hier wieder zentrifugal zu den Hautverzweigungen des Nerven gelangt, wo es sich rasch vermehrt und zu den charakteristischen Herpesbläschen führt, ähnlich wie der Vorgang beim Herpes des Menschen ist. Die Methode, Teer auf die Haut der Versuchstiere aufzutragen (als Vorläufer der Einimpfung), scheint es zu ermöglichen, auf niedere Tiere manche Hautkrankheiten unbekannter Ätiologie zu übertragen. M. Stern-München.

Über die epidemiologische Beziehung zwischen Herpes zoster und Varizellen, von E. Mayerhofer-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 24, S. 1105.) Verf. beschreibt zwei Fälle von Herpes zoster, von denen je eine kleine Varizellenepidemie ausgegangen ist, und zwar haben sich an den einen drei Fälle von Varizellen und ein weiterer Herpesfall, an den anderen drei Varizellenerkrankungen angeschlossen. Die Inkubationszeit betrug in allen Fällen etwa 14—18 Tage. Verf. tritt für eine strenge Isolierung aller Herpesfälle wegen der Gefahr der Verbreitung ein. Denn des Verf. und anderweitig veröffentlichte Beobachtungen sprechen für den Zusammenhang von Herpes und Varizellen. E. Langer-Berlin.

Prurigo und Pruritus.

Die endovenöse Behandlung des Pruritus senilis mit kieselsaurem Natron (La terapia endovenosa del prurito senile con silicato di sodio), von E. Freund. (Rivista sanitaria, 1. Mai 1923.) Bestätigung der Wirksamkeit des Luithlenschen Verfahrens. A. v. Notthafft-München.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Die Spuren des elektrischen Starkstromes in der Haut, von G. Riehl-Wien. (M. m. W., 1923, Nr. 34/35, S. 1119.) Beschreibung der verschiedenen Formen der Starkstrommarken und der weitgehenden Unterschiede zwischen ihnen und Verbrennungen. Das histologische Bild gleicht dem, welches durch die Einwirkung zu hoher Temperaturen erzeugt wird. Während bei Verbrennungen die weichen Epithelzellen in bezeichnender Weise in fädige Formen ausgezogen werden, welche vom Orte der Einwirkung büschelförmig ausstrahlen, finden wir bei den Strommarken Wirbel und verschiedene Richtungen, dort die Veränderungen vor allem an der Stelle der Hitzeeinwirkung, hier unregelmäßig an durch Gesundes abgesprengten Stellen. Das Wirkende ist die Joulesche Wärme, welche durch den Gewebewiderstand entsteht. So erklärt sich das Ausgespartbleiben der Haare, die Richtung der Retezellen, die Winkelbiegungen und Herdformen der Zerstörungen. A. v. Notthafft-München.

Ekzem, Rosacea.

Die Behandlung des Säuglingsekzems mittels Pankreasextrakt (Traitement des eczémas du nourisson par l'opothérapie pancréatique), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1923, Nr. 76.) In La Semana Médica (19. VII. 1923) berichtet Pedas Rueda in

Digitized by Google

Buenos Aires über gute Erfolge, welche er bei 27 Fällen von Säuglingsekzem durch Behandlung mit Pankreasextrakt ohne weitere Beihilfen erzielt hat. In der Regel wurde ein speziell zu diesem Zwecke hergestellter Extrakt von Schweinepankreas verwendet, wobei jede Tablette einem Gehalt von 0,20 g der getrockneten Drüse entsprach. Man gab dreimal täglich vor dem Stillen eine, eventuell zwei Kompretten in Milch oder warmem Wasser aufgelöst. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Ca- und K-Gehalt des Blutserums bei Ekzematikern. Ein Beitrag zur Frage der Ca-Therapie im allgemeinen, von E. Urbach und F. Simhandl-Wien. (Klin. W., 1923, Nr. 34, S. 1600.) Die blutchemischen Untersuchungen der Verff. haben ergeben, daß der Gesamt-Ca- und K-Gehalt bei Ekzematikern, ebenso das gegenseitige Verhältnis ein normales ist, so daß der Gedanke, daß das konstitutionelle Ekzem eine vagotonische Erkrankung sei, sich nicht bestätigen lasse. Die manchmal gute Wirkung von Ca bei Ekzematikern sei als eine unspezifische Therapie aufzufassen.
E. Langer-Berlin.

Erythrodermie, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra.

Sepsis und Eosinophilie, von E. Hachez-Essen. (D. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1022.) Bei einem Patienten, der an Staphylokokkensepsis und Erythrodermia desquamativa universalis litt, zeigte das Blutbild bei Temperaturen von 38° 15—25% eosinophile Zellen, bei höheren Temperaturen 2—5%. Die Eosinophilie bestand noch monatelang nach Abklingen der Hauterscheinungen fort. F. Harry-Wiesbaden.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Zur Paronychiebehandlung, von Langemak-Erfurt. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, Jg. 20, Nr. 16, S. 475—480.) Das auch für den dermatologischen Praktiker wichtige Thema der Behandlung der Nebennageleiterungen (παρονυχία besser als das durch Verballhornung entstandene Wort „Panaritium") wird ausgiebig vom Verf. behandelt. L. operiert dieselbe grundsätzlich nicht in örtlicher Betäubung, sondern nur in Narkose bzw. im Äther- oder Chloräthylrausch bei lege artis hergestellter Blutleere des ganzen Armes. Vereisung ist völlig zu verwerfen. Wesentlich ist sachgemäße Lagerung und Fesselung des Patienten und richtige Schnittführung. Auf die prägnant geschilderten differentialdiagnostischen Merkmale zwischen Paronychie und Sehnenscheidenphlegmone, sowie auf Verband und Wundbehandlung (evtl. Tampon!) kann hier nicht näher eingegangen werden. Für jeden, der sich häufig mit kleiner Chirurgie beschäftigt, verlohnt sich die Mühe des Nachlesens der Arbeit. F. Jacobsohn-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Das Erysipel beim Säugling, von A. Schliepe, Univ.-Kind.-Kl. Greifswald. (Arch. f. Kindhlk., 1923, Bd. 73, S. 32—39.) Das Erysipel gehört zu den seltenen Erkrankungen des Säuglings; es machte nur 0,34% der Gesamtkrankenzahl in den letzten 10 Jahren aus. Es findet sich eine ausgesprochene Bevorzugung der ersten 3 Lebensmonate. Am häufigsten waren Gesichts- und Kopferysipele, in den meisten Fällen bestanden mehr oder weniger schwere Komplikationen. Die Prognose ist im großen ganzen schlecht und ist abgesehen von der Schwere der Infektion abhängig von dem Alter, dem Ernährungszustand und von der Art der Komplikationen. Von allergrößter Bedeutung in der Behandlung des Säuglingserysipels ist weniger die lokale Therapie als vor allem die Ernährung, wofür bei jungen Säuglingen ausschließlich Muttermilch in Betracht kommt. B. Peiser-Berlin.

Die Reizvakzinebehandlung des Rotlaufs, von K. Koch-Köln-Lindenburg. (M. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1044.) Versuche mit Strepto-Yatren. Kurz nach der endovenösen Einspritzung kommt es meist zu vorübergehendem Temperaturanstieg, Kopfschmerz und scheinbarer Verschlimmerung des Krankheitsbildes und der Schmerzen am Krankheitsherde. Dann erfolgt ein verschieden gestalteter Temperaturrückgang. Das Allgemeinbefinden pflegt meist sich sofort zu bessern. Bald nach der Einspritzung kommt es zur 24stündigen Vermehrung der Leukozyten, im besonderen der Neutrophilen.
A. v. Notthafft-München.

Wundinfektion mit Schweinerotlaufbazillus beim Menschen, von Philippsthal-Berlin-Biesdorf. (D. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1090.) Nach Schlachtung eines an Rotlauf erkrankten Schweines stellte sich blaurote Anschwellung des kleinen Fingers der

Digitized by Google

linken Hand mit stechenden Schmerzen, Lymphangitis und starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes ohne Fieber ein. Rasche Heilung nach Injektion von Schweinerotlaufserum (0,1 ccm pro Kilogramm Körpergewicht). Vier weitere Fälle verliefen in derselben Weise. F. Harry-Wiesbaden.

Die Anwendung und Wirkung des Novoprotins bei der Behandlung von Phlegmonen, von H. Schranz-Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1022.) Empfehlung endovenöser Einspritzungen. A. v. Notthafft-München.

Sklerom, Orientbeule usw.

Die Diagnose des Milzbrandbazillus durch die Methode der Thermoprezipitation nach Ascoli (Le diagnostic du charbon bactérien par la méthode des thermoprécipitines d'Ascoli), von M. Bornand. (Rev. méd. Suisse rom., 1923, Jg. 43, H. 8, S. 512 bis 518.) Die Ascolische Reaktion — Auftreten einer Präzipitation beim Zusammenbringen von Milzbrandserum mit Organextrakt an Milzbrand gestorbener Tiere — ist spezifisch. Die Fäulnis oder das Alter der zu untersuchenden Organe spielen dabei keine Rolle. Die Reaktion sollte daher allgemein neben der bakteriologischen Untersuchung angewandt werden. M. Gumpert-Berlin.

Die schützende Wirkung von „Stovarsol" bei der Framboesia tropica, von G. Baermann. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1923, Bd. 27, H. 7, S. 229—234.) Verf. hat das von Levaditi und Navarro-Martin gefundene antisyphilitische perorale Arsenpräparat „Stovarsol" in seiner Wirkung auf die tropische Framboesie erprobt. Ein Europäer blieb nach massiger Impfung bei Einnahme von insgesamt 3,75 g des Mittels absolut negativ, desgleichen ein Makakus nach 1 g Stovarsol. Bei dem Tier ergab die Nachimpfung ohne Stovarsolprophylaxe ein positives Resultat. Ein gleichzeitig geimpftes Kontrolltier wurde typisch positiv. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei Malaria tertiana konnte keine präventive Wirkung festgestellt werden. M. Gumpert-Berlin.

Zur Kenntnis der Leishmaniosis cutanea, der sogenannten Orientbeule, von Hermann von Schroetter-Wien. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1923, Bd. 27, H. 7, S. 234—246.) Kurzer Überblick über Ätiologie und Klinik. Als Vermittler der Parasiten wird der Phlebotomus el Ghôr angesehen. Wo die kutane Leishmaniosis auftritt, fehlt die generalisierte L., Kala-Azar genannt. Die Frage nach der Identität der Erreger dieser beiden Erkrankungen bedarf noch der Klärung. Vielleicht handelt es sich um Rassen einer Stammform, von denen der einen eine rein dermatotrope Wirkung zukommt. M. Gumpert-Berlin.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Protein und Pellagra (Protein and Pellagra), von M. Hindhede. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 23, S. 1685.) Ohne sich eigentlich mit dem Thema der Pellagra zu beschäftigen, kommt H. auf Grund seiner bekannten Ernährungsversuche zu dem Ergebnis, daß die vielseitige Annahme, die Ursache der Pellagra sei Mangel an Fleischkost, falsch ist. In einer Reihe lange ausgedehnter ($^1/_2$ bis 2 Jahre), und zwar am Menschen vorgenommener Versuche fand er, daß das Proteinminimum für einen ausgewachsenen kräftigen Mann etwa 20g bei Kartoffel- und Margarinekost, ebenso bei Roggenbrot (mit Margarine, Pflaumen, Zucker und Stärke) ist; mit anderen Worten, Protein in Kartoffeln, Brot, Fleisch und Milch denselben biologischen Wert hat. In einer dritten Versuchsreihe ergab sich, daß Hafergrütze ein vorzügliches Nährmittel ist, das, ungleich poliertem Reis und gesiebtem Hafermehl, genügende Mengen Vitamine enthält und in einer vierten Versuchsreihe, daß Fett bei der Ernährung nicht notwendig ist und durch Vegetabilien (Kartoffeln, Brot, Kohlsuppe und Fruchtsuppen) ersetzt werden kann. Es ist immer gewagt, bei Versuchen von einer Tierspezies auf die andere Schlüsse zu ziehen: die menschliche Ernährung erfordert als Grundstock Experimente an Menschen, wie H. sie in so ausgedehntem Maße ausgeführt hat. Schließlich erklärt er, die Zentralmächte (Deutschland!) litten nur deshalb an Hunger, weil das Volk zuviel animalische Produkte verlange: die Milch- und Schweineerzeugung bedeute einen Nahrungsverlust von 80, jene vom Rind sogar von 95%. M. Stern-München.

Endokrine Störungen.

Beitrag zur Opotherapie des Skleroderma (Contributo all'opoterapia dello scleroderma), von Zuccòla. (Il Policlinico, 1923, Nr. 30.) Verf. beschreibt zwei typische Fälle von Sklerodermie, bei welchen er auf Grund sorgfältiger pharmako-

Digitized by Google

dynamischer Proben bezüglich der Funktion der endokrinen Drüsen eine den einzelnen Fällen angepaßte Opotherapie mit folgenden Resultaten eingeleitet hatte: bei dem einen Falle, bei welchem sich Basedowphänomene und Dysfunktion der Thyreoidea gezeigt hatten, wurde Thyreoidin gegeben. Es kam nach zweijähriger, fast ununterbrochener Behandlung zu vollständiger Heilung der Haut- und subjektiven Symptome. Auf die Basedowphänomene hatte aber das Mittel keinen Einfluß. Im zweiten Falle, bei welchem die Basedowsymptome noch deutlicher ausgeprägt waren und wo nebenbei Amenorrhoe herrschte, wurde Thyreoidin und Endothymin gereicht. Es zeigte sich innerhalb elf Monaten zunehmende Besserung, dann aber blieb der Zustand unbeeinflußt.

E. Freund-Triest.

Über einen Fall von Degeneratio genitosclerodermica (Sopra un caso di degenerazione genitosclerodermica), von A. Guerricchio. (Il Policlinico, 1923, Nr. 30.) Beschreibung eines typischen Falles von Degeneratio genitosclerodermica (Noorden) bei einer 23jähr. Stickerin im Anschluß an eine fieberhafte Affektion, bei welchem es dem Verf. nicht gelungen ist, festzustellen, welche der endokrinen Drüsen zuerst erkrankt war, weshalb er annimmt, daß die fieberhafte Affektion bei allen Drüsen gleichzeitig schwere, vielleicht irreparable Läsionen gesetzt hatte. Verf. behandelte daher seine Kranke mit Thyreoidin, Ovarial-, Nebennieren- und Hypophysenextrakt, aber ohne Erfolg.

E. Freund-Triest.

Über hormonale Beeinflußbarkeit des Kapillarsystems beim Menschen, von Walther Redisch-Prag. (M. m. W., 1923, Nr. 19, S. 589.) Das Adrenalin ruft an den Kapillaren eine Reaktion hervor, deren physiologisches Vorbild der „spastische Zustand" der Kapillaren nach Hagen zu sein scheint. Diese Kapillarwirkung geht der Blutdrucksteigerung parallel, klingt aber früher ab als diese. An der Wirkung sind zu- und abführende Kapillarschlingenschenkel beteiligt. In zwei Fällen von schwerer Zuckerharnruhr währte die Adrenalinwirkung auf die Kapillaren doppelt so lange als beim Gesunden und war bedeutender; ebenso verhielt es sich mit der Blutdrucksteigerung. Bei diesen Fällen bewirkte Injektion von Ovoglandol Erweiterung der Kapillaren und Blutdrucksenkung. Wird dieses auf der Höhe der Adrenalinwirkung eingespritzt, so verändert sich der Ablauf der Adrenalinwirkung und in einem Falle trat nachher Blutdrucksenkung auf. Gleichzeitige Einspritzung von Adrenalin und Ovoglandol bewirkte eine wesentliche Abkürzung der im übrigen fast typisch auftretenden Adrenalinreaktion. Entsprechend ging daneben die Abkürzung der Blutdruckskurve und der in einem Falle aufgetretenen Herzsymptome einher. Man kann also vielleicht eine Gegenwirkung der beiden Hormone in bezug auf das Kapillarsystem annehmen.

A. v. Notthafft-München.

Die thyreosexuelle Insuffizienz, eine besondere Form der multiplen Blutdrüsensklerose, von L. Borchardt-Königsberg. (D. Arch. f. kl. Med., Bd. 143, H. 1 u. 2, S. 35/45.) Die thyreosexuelle Insuffizienz scheint dem Verf. auf Grund der vorliegenden Sektionsbefunde eine Form der multiplen Blutdrüsensklerose zu sein, deren Basis sie in jedem Falle darstellt. Weitgehende, aber nicht ausschließliche Abhängigkeit von den kritischen Zeiten der Keimdrüsentätigkeit. Beschreibung von zwei Fällen des puerperalen Typs. Erscheinungsformen: Myxödem, Fettsucht, Sklerodermie mit Genitalatrophie. Prognose günstig.

M. Gumpert-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Ein Fall von multiplen Fettgeschwülsten in symmetrischer Verteilung (A Case of Multiple Lipomas of Symmetrical Distribution), von H. F. Day und W. A. Hinton-Boston. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 3, S. 212.) Fall von Adipositas dolorosa.

F. Quasig-Hamburg.

Regressive Störungen und Atrophien.

Über gangränescierende Prozesse mit Defekt des Granulozytensystems („Agranulozytosen"), von Alice Leon. (D. Arch. f. kl. Med., 1923, Bd. 143, H. 1 u. 2, S. 118/128.) Klinische und differentialdiagnostische Analyse eines weiteren Falles des von W. Schultz zuerst beschriebenen eigenartigen Krankheitsbildes der Agranulozytose. Bisher waren stets Frauen in den mittleren Jahren befallen. Akuter Beginn mit Schüttelfrost und Fieber, nekrotische Prozesse an Zunge, Zahnfleisch und Genitalien. Gesamtzahl der Leukozyten 700, Erythrozyten normal. 64% Lymphozyten. Exitus

Digitized by Google

letalis nach 14 Tagen. Im ziemlich rötlich gefärbten Abstrich des Knochenmarkes des Femur keine Granulozyten, keine Myelozyten. Verf. nimmt eine infektiöse Schädigung des Granulozytensystems an, durch die eine deletäre Widerstandsunfähigkeit der Schleimhaut gegen Schädlichkeiten manifest wird. M. Gumpert-Berlin.

Maligne Neubildungen.

Die Bowensche Dermatose (Klinische und histologische Untersuchung) (La dermatosi precancerosa del Bowen. Studio clinico ed istopatologico), von Cesare Ducrey-Rom. (1923.) Nach einer Schilderung der Krankheiten, welche mit Recht oder Unrecht als begünstigende Vorläufer der Hautkrebsbildung genannt werden, und der experimentellen Krebserzeugung werden die in der Literatur niedergelegten Fälle von Bowenscher Krankheit kritisch (zum Teil ablehnend) beleuchtet und zwei eigene Beobachtungen hinzugefügt. Das Ergebnis der anatomisch-klinischen Betrachtungen gibt der Verf. selbst mit folgenden Sätzen wieder: Das Leiden verläuft ausgesprochen chronisch, kann Jahrzehnte zu seiner Entwicklung brauchen, entsteht im allgemeinen in jugendlichen Jahren, tritt gewöhnlich mit vielfachen Herden auf und hat keine Lieblingsstellen, wenn auch vor allem der Rumpf befallen wird. Die Herde beginnen schmerzlos mit kleinen Pigmentflecken oder kleinen rötlichen bis braunen Knötchen, welche langsam wachsend verschiedene Größen (Erbsen- bis Handtellergröße) erreichen können. Diese sind flach oder erhaben, rundlich oder gelappt, dunkelrot, blaurot oder bräunlich, ohne merkliche Infiltration, scharf begrenzt und mehr oder minder stark mit Schuppen und Krusten bedeckt. Im weiteren Verlaufe können sie das Aussehen von atrophischen Narben annehmen. Die Abwechslung von Narbenweiß und Pigment vermag dann ein gesprenkeltes Bild zu erzeugen. Auf der atrophischen Oberfläche können rote oder rötlich infiltrierte Knoten verschiedener Größe entstehen. Andere Flecken, bei welchen auch die seltenen Ringformen vorkommen, setzen sich aus flachen, scheibenförmigen, zusammenfließenden und zum Teil verschwärenden Knötcheninfiltraten zusammen. Aus beiden Formen gehen blaurote, oft sehr umfangreiche Karzinombildungen hervor, die auch wieder verschwären und zu Papillombildungen Veranlassung geben können. Die Lymphdrüsen bleiben lange verschont. Metastasen in inneren Organen sind selten. Mikroskopisch fallen bei den beginnenden kleinen braunen Flecken die Veränderungen der Epidermis, besonders des Schleimkörpers mit Erscheinungen des Zellhydrops und deutlicher Zerrüttung der Ordnung, welche die Zellen untereinander verbindet, eine richtige physioanatomische Desequilibrisierung, auf. In einem weiter vorgeschrittenen Stadium, das jedoch noch nicht als solches eines beginnenden Krebses angesprochen werden kann, treten, abgesehen von den für die Krankheitsform besonderen Erscheinungen, wenn auch nicht regelmäßig und nicht immer gleichzeitig, allgemeine Veränderungen, besonders im Schleimkörper, auf: Vakuolen, Unordnung der Zellen, plumpe Zellen mit unförmlichen Kernen, Dyskeratose, normale und abnorme Mitosen und Amitose. Allmählich kann man dann mikroskopisch die krebsige Umwandlung beobachten: Von der Basalschicht der Epidermis senken sich Epithelsprossen von basozellularer Art mit deutlicher Veränderung des Zellcharakters in die Tiefe; gleichzeitig bildet sich hier ein Infiltrat, besonders von Plasmazellen, aus. Weiterhin kann man klinisch und histologisch tiefgreifende Basalzellenkrebse, Mischformen und (selten) reine Stachelzellenkrebse entstehen sehen. Dieses hängt vom Grade der Reife ab, welche die Neubildungszellen erreichen. Bei der Differentialdiagnose weist Ducrey nach, daß manche Fälle, die in England als Ulcus rodens, in Deutschland als seltene Formen multipler Basalzellenkrebse und in Frankreich von Darier als „Epiteliome pagetoide" veröffentlicht worden sind, nur das vielgestaltige Bowensche Leiden sind. Die Krankheit heilt nicht von selbst, schreitet langsam unter Zerstörungen vorwärts und geht zuletzt in Geschwülste über, welche zerfallen und Metastasen bilden können. Rückfälle kommen vor. Die Behandlung kann auf blutigem Wege, durch Röntgen und Radium geschehen. Vielleicht könnte man auch die Zerstörung mit arseniger Säure oder nach Fichera Autolysat verwenden. Die Gefriermethode ist als zu oberflächlich und daher gefährlich reizend wirkend abzulehnen. Dem Werke sind eine Reihe sehr schöner Tafeln und eine gute Literaturübersicht beigegeben.
A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Tumorzidin, von E. Gohrbrandt-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1047—1049.) Die Erfolge der Krebsbehandlung mit „Tumorzidin" waren recht gering. Bei intravenöser oder intramuskulärer Injektion trat in einigen Fällen vorübergehend Besserung des Allgemeinbefindens, niemals aber

Digitized by Google

direkte Beeinflussung des Tumors ein. Bei Umspritzung des Tumors beobachtete Verf. teils zeitliches Schrumpfen, teils keine Beeinflussung, in manchen Fällen sogar rascheres Wachstum. Die Wirkung des „Tumorzidin" ist eine rein unspezifische. Die Erfolge bei direkter Umspritzung des Tumors werden dadurch erzielt, daß die im Serum vorhandenen Fremdkörper (Zellen und Zelldetritus) eine Ansammlung von Rundzellen und Infiltrate hervorrufen, die unter Umständen das Wachstum des Tumors abdämmen können. F. Harry-Wiesbaden.

Gibt es eine Serumtherapie des Karzinoms? von F. Blumenthal und L. Halberstaedter-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1046—1047.) Verff. sahen in einzelnen Fällen günstige Einwirkung des nach Angaben von Deutschmann und Kotzenberg hergestellten Krebsserums „Tumorzidin", in anderen Fällen jedoch völliges Versagen. Die Resultate decken sich mit den Erfahrungen anderer Autoren über die Beeinflussung von Tumoren, besonders Rundzellensarkomen, durch unspezifische Mittel wie Pferdeserum, Menschenserum, Jod, Arsen und spezifische wie Eigenserum oder Autovakzine. Die teilweise überraschend guten Erfolge sind aber nur von kurzer Dauer. Eine längere Durchführung der Behandlung mit artfremden Seren scheitert häufig an den fast regelmäßig auftretenden anaphylaktischen Erscheinungen, die zwar meist gut ablaufen, jedoch die Resistenz des Kranken gegen den Tumor beträchtlich herabsetzen. Sämtliche spezifischen und unspezifischen Mittel sind nur zur Unterstützung des Organismus im Kampf gegen die Krebszellen geeignet, ohne daß sie so konstant auf bestimmte Gruppen von Tumoren einwirken, wie es bei Röntgen- und Radiumstrahlen der Fall ist. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Klinik der akuten Lymphogranulomatose, von F. Heissen-Karlsruhe. (Kl. W., 1923, Nr. 35, S. 1640.) Besprechung des klinischen Verlaufs an Hand zweier beobachteter Fälle, ohne wesentlich Neues zu bringen. E. Langer-Berlin.

Mund und Nase.

Fusospirilläre Mundbodenphlegmone, von A. Niedermeyer-Schönberg-Ober-Lausitz. (Kl. W., 1923, Nr. 33, S. 1555.) An Hand zweier Fälle bestätigt Verf. die von Melchior vertretene Ansicht, daß die spirillofusiforme Symbiose als Erreger und nicht nur als Sekundärinfektion für die Mundbodenphlegmone in Frage kommt. Es ist deshalb auch in der Praxis anzuraten, bei allen ähnlichen Fällen zur Klärung der Ätiologie eine bakteriologische Untersuchung vorzunehmen. Bisweilen können diese Infektionen des Mundbodens dentalen Ursprungs sein. Derartige Prozesse können einen durchaus gutartigen Verlauf nehmen im Gegensatz zu den malignen Formen der Angina Ludovici mit Strepto- und Staphylokokken als Erreger. Therapeutisch ist bei den Mundbodenphlegmonen auf spirillofusiformer Grundlage die Anwendung von Salvarsan aussichtsreich. E. Langer-Berlin.

Über eine kleine Epidemie von Stomatitis aphthosa (Sopra una piccola epidemia di stomatite aftosa), von P. Clara. (Il Policlinico, 1923, H. 35.) Beschreibung von fünf Fällen von Stomatitis aphthosa, die dadurch ein gewisses Interesse besitzen, weil sie in epidemischer Form innerhalb ein und desselben Hauses aufgetreten waren und es dem Verf. gelungen ist, nachzuweisen, daß die Infektion von Kühen, die an Maul- und Klauenseuche erkrankt waren, herstammte. Sämtliche Kranken hatten die rohe Milch dieser Tiere unmittelbar nach dem Melken getrunken. E. Freund-Triest.

Sarkom der Nasenmuschel; Bericht über einen Fall, bei welchem offensichtliche Heilung nach Behandlung mit Röntgenstrahlen eintrat (Sarcoma of the Ethmoid, Report of Case in Which There Was Apparent Recovery After Roentgen-Ray Therapy), von A. R. Mackenzie und E. D. Wells-Huntington. (J. Am. med. Assoc., 1923, Bd. 81, Nr. 2, S. 102.) Bei dem 14jähr. Knaben war in der rechten oberen Gesichtshälfte eine das rechte Auge stark heraustreibende und beim rechten Nasenloch noch etwas sichtbare feste Geschwulst, die häufig „Nasenbluten" verursachte, vorhanden. Histologische Untersuchung ergab ein Angiosarkom, eine an dieser Körperstelle relativ seltene Neubildung, wovon in der Literatur nur etwa 100 Fälle beschrieben sind. Schon 24 Stunden nach der ersten intensiven Röntgenbestrahlung (Maximaldosis) ging die Geschwulst zurück, und nach sechs Wochen war vollständige Heilung eingetreten. M. Stern-München.

Ein Fall von Zungenschmerz mit Tonsillitis lingualis als Ursache: beeinflußt durch das Ganglion nasale (A Case of Glossodynia With Lingual Tonsillitis as its Etiology: Control through the Nasal Ganglion), von G. Sluder-St. Louis. (J.

Digitized by Google

Amer. m. Assoc., 1923, Bd. 81, Nr. 2, S. 115.) Neben dem einen hier beschriebenen Fall von hartnäckigem Zungenschmerz infolge von Entzündung der Zungentonsille, der trotz der verschiedensten Lokalbehandlungen immer wieder sich einstellte, kann S. noch über sechs ähnliche Fälle von Glossodynie berichten, wo Kokainisierung des Ganglion nasale (gemäß dem Deanschen Versuche) den Schmerz beseitigte. Nach 14 Tagen bis 4 Wochen muß eventuell die Kokaineinspritzung wiederholt werden; nach 2—3maliger Wiederholung derselben ist der Schmerz meist endgültig beseitigt. Da viele Pat. mit hartnäckigem „Zungenschmerz" glauben, daß sie Zungenkrebs haben, so ist die obige Behandlung als sehr vorteilhaft für Arzt wie Pat. zu begrüßen. M. Stern-München.

Haare und Nägel.

Über Strahlenbehandlung der Haarkrankheiten, von Thedering-Oldenburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, Nr. 13, S. 386—387.) Nichts Neues.

H. Soltmann-Leipzig.

Dermatomykosen.

Über Trichophytien im Säuglings- und frühen Kindesalter, von E. Langer und E. Rosenbaum-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1086—1087.) Die Trichophytie im Säuglings- und frühen Kindesalter tritt hauptsächlich in drei verschiedenen Formen auf. Sie ähnelt entweder einem Eczema marginatum oder einem Herpes tonsurans maculo-squamosus und vesiculosus oder einer Seborrhoea sicca. Die Eczema-marginatum-ähnliche Erkrankung ist meist am Rücken, der Seborrhoea-sicca-Typ zwischen den Schultern lokalisiert. Der behaarte Kopf ist meist nicht befallen. Kulturell wird hauptsächlich das Trichophyton gypseum asteroides, daneben das Trichophyton crateriforme (letzteres meist im Ausland) gefunden. Unter Behandlung mit Jod und Schwefelsalbe, in hartnäckigen Fällen durch Einpinselung mit verdünnter Kalilauge heilt die Affektion rasch ab. F. Harry-Wiesbaden.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Parasitäre Hautkrankheiten (II. Tierische Parasiten) von L. v. Zumbusch. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 641.) Eine gut unterrichtende Darstellung für praktische Ärzte.

A. v. Notthafft-München.

Über Heilwirkung von Schlangenserum bei Skorpionstich, von Emil Wiener. (M. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1087.) Nach den Veröffentlichungen von R. Kraus, Rocha und Botelho gelang die Entgiftung von Skorpiongift durch Schlangenserum und von Schlangengift durch Skorpionserum nur, wenn die Mischung eine Stunde bei 32° stehen gelassen wurde. Die Genannten haben daraus den Schluß gezogen, daß im Schlangenserum neben dem mit größerer Avidität begabten gegen Schlangengift sofort wirkenden Stoff auch Nebenantitoxine geringerer Avidität vorhanden sind, welche bei genügend langer Mischung auch das fremde Gift angreifen. (Versuche mit Tauben.) Verf. sah nur fast sofortige Wirkung eines Schlangenserums bei einem von einem Skorpion verletzten Araber. A. v. Notthafft-München.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über die Blutveränderungen bei Pockenkranken, von W. H. Hoffmann-Habana. (M. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1052.) Bei Pocken traten im Blut regelmäßig der Krankheit eigentümliche Veränderungen auf, insbesondere starke Vermehrung der Leukozyten vom vierten Krankheitstage an, starke verhältnismäßige Lymphozytose, hohe Eosinophilie, anfänglich hoher Arnethindex und Myelozyten. Ein ähnliches Bild findet sich nur bei Windpocken, bei welchen aber die Gesamtzahl der Leukozyten im allgemeinen eher vermindert ist, bis auf gelegentliche leichte Steigerung um den 8.—10. Krankheitstag. Die Blutuntersuchung kann in verdächtigen Fällen für den Nachweis der Krankheit ausschlaggebende Bedeutung gewinnen. A. v. Notthafft-München.

Die Pockenepidemie in der Schweiz. Bemerkungen zu der Veröffentlichung von Tièche in dieser Wochenschrift, Jg. 2, Nr. 26, von Ascher-Frankfurt a. M. (Klin. W., 1923, Nr. 34, S. 1603.) Verf. berichtet über einen Pockenfall bei einem Postbeamten, durch den sowohl in Basel wie auch in Frankfurt eine Reihe weiterer Erkrankungen erfolgten. Diese blieben aber in Frankfurt lokalisiert trotz sozial schlechter Verhältnisse, während sie sich in der Schweiz weiter ausbreiteten. Verf. führt dies auf die Zwangsimpfung nnd den dadurch durchgeführten Impfschutz in Deutschland zurück. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Betrachtungen über die gegenwärtige Pockenepidemie und ihre experimentelle Diagnostik (Quelques considérations sur l'épidémie actuelle de variole et sur le diagnostic expérimental de cette maladie), von W. Silberschmidt-Zürich. (Revue méd. Suisse Rom., 1923, 43. Jg., H. 8, S. 487—497.) Bericht über 1700 Pockenfälle, die seit zwei Jahren im Kanton Zürich zur Beobachtung gelangt sind. Die Epidemie verläuft außerordentlich gutartig, es werden fast ausschließlich Ungeimpfte befallen, einige Kranke sind zu verzeichnen, bei denen die Impfung bereits mehr als 30 Jahre zurück liegt. Die Annahme, daß die Pockenimmunität gleichzeitig mit dem Auftreten der Impfpapel einsetzt, hat sich als irrig erwiesen. Die Immunität tritt erst 10—12 Tage nach der Impfung ein. Von allen experimentellen diagnostischen Methoden hat sich die Impfung der Kaninchenhornhaut nach Paul am meisten bewährt und, besonders bei frischen Pusteln, zu vorzüglichen Resultaten geführt. Die Kantone der französischen Schweiz, die den Impfzwang beibehalten haben, sind von der Epidemie völlig verschont geblieben. Verf. richtet einen dringenden Appell an die Bevölkerung, die Epidemie trotz ihres harmlosen Auftretens ernst zu nehmen und den Impfzwang wieder einzuführen. M. Gumpert-Berlin.

Neurotrope Ektodermosen. Studien über Vakzine, Ectodermoses neurotropes (Études sur la Vaccine), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1923, Bd. 37, S. 1.) Im Anschluß an eine frühere (1921) mit Harvier zusammen veröffentlichten Untersuchung, aus welcher hervorging, daß das Vakzinevirus der Kuhpocken im Gehirn des Kaninchens gezüchtet werden kann, und daß dasselbe nach mehreren ausschließlich zerebralen Züchtungen immer noch seine pathogenen Eigenschaften unversehrt besitzt, berichten Verff. mit allen Einzelheiten über eine sehr große Reihe von Untersuchungen in bezug auf die Übertragung des Vakzinevirus auf verschiedene Tiere (Kaninchen, Hühner, Meerschweinchen usw.) und auch über die Wirkung dieses im Tierhirn gezüchteten Virus (Neurovakzine) auf Menschen. Die Arbeit stellt eine Fundgrube von interessanten und wichtigen Beobachtungen dar. Um nur einige davon herauszugreifen: Die Einführung der Vakzine bewirkt fast ausnahmslos beim Kaninchen eine in wenigen Tagen tödlich verlaufende Meningitis. Die als seltene Ausnahmen am Leben bleibenden Tiere sind nachher gegen die Kutanimpfung refraktär. Die Neurovakzine erzeugt beim Menschen (Säuglinge und Erwachsene) typische Pusteln an der Haut. Auf die Kämme von Hähnen übertragen, ruft sie keine charakteristische Läsionen hervor. Sie kann, mit Eigelb und Glyzerin versetzt, längere Zeit wirksam erhalten bleiben. Bei intravenöser Einverleibung lokalisiert sie sich an allen embryologisch vom Ektoderm abstammenden Organen mit Vorliebe und auch in besonders starkem Grade an der Lunge und den Generationsorganen. Ob die durch das Impfen entstehende Immunität auf dem Wege der Blutbahn oder durch Übertragung auf dem Wege des peripheren Nervensystems zustande kommt, ist noch Gegenstand der Diskussion. Sehr bemerkenswert sind auch die geschilderten Wechselbeziehungen zwischen der Vakzine und dem kontagiösen Epitheliom der Hühner. Hiermit ist die Reihe der beachtenswerten Feststellungen aber noch lange nicht erschöpft.
A. Philippi-Bad Salzschlief.

Zur Prophylaxe bei Fleckfieberepidemien unter unkulturellen Verhältnissen, von Grahe-Kasan. (M. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1020.) Einreibung von grauer Salbe in die behaarten Körperstellen und Anlegen von mit Naphthalysol getränkten Streifen um Hals, um Hand und Fußgelenke bei sämtlichen Hausgenossen für 30 Tage. Außerdem ebenso getränkte Unterlagen unter Betten, Kästen usw., und die üblichen Reinigungsmaßnahmen. Für die Behandlung haben sich bewährt bei Beginn der Krankheit 2—4 Tage lang: 3 × tägl. 1 Eßlöffel Magnesia usta in geeigneten Fällen Radix ipecacuanhae 0,2—200 mit Bolus alba subtilissime pulverisata, sehr warme, feuchte Umschläge und Einpackungen. A. v. Notthafft-München.

Lepra.

Ein Beitrag zur Behandlung der Uveitis leprosa, von O. Schnaudigel-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1047.) Günstiger Erfolg mit Krysolgan.
A. v. Notthafft-München.

Tuberkulose.

Besprechung der Behandlung von Tuberkulose mit künstlichem Licht (Discussion on the Artificial Light Treatment of Tuberculosis), von A. Reyn-Kopenhagen.

Digitized by Google

(Brit. m. J., 1923, Nr. 3273, S. 499.) Nach einem kurzen Hinweis auf die Begründung der Lichttherapie durch FINSEN schildert R. die in Kopenhagen von ihm benutzte Einrichtung der allgemeinen Bestrahlung mit der Kohlenbogenlampe, welche er als dem Quecksilberdampfapparat weit überlegen bezeichnet. Durch gleichzeitige Behandlung mit Kohlenbogenlichtbädern und lokaler Lichtapplikation hat er unter 114 Fällen von Lupus 96 Heilungen erzielt. Auch bei chirurgischer Tuberkulose hat er mit den Kohlenbogenlichtbädern glänzende Resultate erzielt. Die Dauer der Sitzungen bei den Lichtbädern beträgt im allgemeinen für den Anfang 30—40 Minuten (bei fieberhaften Kranken nur die Hälfte) und wird bei Verabreichung meistens einen Tag um den anderen gesteigert, bis man nach etwa 14 Tagen auf eine Dauer von $2^1/_2$ Stunden angelangt ist, was nur selten überschritten wird. Es wird darauf Bedacht genommen, daß die ganze Körperoberfläche an der Bestrahlung teilnimmt, und die Erzeugung eines leichten Erythems wird als wünschenswert betrachtet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Hauttuberkulose, von J. H. SEQUEIRA-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3273, S. 503.) Nach seinen 23jährigen Erfahrungen mit der Lichtbehandlung von Lupus konstatiert S., daß bei der trockenen Form man mit der lokalen FINSEN-behandlung sehr gute Resultate erzielen kann, aber auch bei solchen Fällen und besonders bei der ulzerativen Form ist die Kombination mit Kohlenbogenlicht (mit einer 50-Ampèrelampe) unvergleichlich wirksamer. Dringend zu warnen ist vor der Anwendung von Röntgenstrahlen auch bei den trockenen Fällen. Mit seiner jetzigen Einrichtung kann S. an 8 Patienten zugleich die Lichtbäder erteilen. Den entkleideten Patienten werden die Augen verbunden, und man sorgt, daß keine Verbrennung erfolgen kann.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Komplementbindungsreaktionen und Tuberkulose (Complement Fixation Tests and Tuberculosis), von A. SELLERS-Manchester. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3273, S. 497.) Im Anschluß an frühere Untersuchungen hat Verf. bei mehr als 100 Fällen vergleichende Reaktionen mit dem von WANG und CROCKET angegebenen Antigen einerseits und mit dem BESREDKAschen Antigen andererseits ausgeführt. Untersucht wurde das Blut bei Kindern mit Tuberkulose der Knochen und Gelenke sowie die Zerebrospinalflüssigkeit bei Meningitiskranken und bei Kontrollfällen. Die befolgte Technik ist ausführlich dargelegt. S. kommt zu dem Resultat, daß das BESREDKAsche Antigen zuverlässiger ist als das WANGsche, indem mit letzterem öfter ein positives Resultat sich ergibt, wo klinisch Tuberkulose ausgeschlossen werden kann. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Komplementbindung bei Tuberkulose (Complement Fixation in Tuberculosis), von A. L. PUNCH und A. H. GOSSE-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3273, S. 495.) Seit $2^1/_2$ Jahren haben Verff. nach einer eigenen Modifikation die Antigenbindung im Serum von Lungenkranken an etwa 1000 teils tuberkulösen, teils nichttuberkulösen Individuen studiert. Von 160 sicher tuberkulösen Kranken gaben nur 2 dauernd ein negatives Resultat. Von 140 als gesund erachteten Individuen gaben 3 ein positives Ergebnis; doch fanden sich bei 2 unter diesen nachträglich Anzeichen einer möglichen Tuberkulose. Von 50 verdächtigen Fällen mit negativer Serumreaktion waren 49 nach 10—20 Monaten als gesund nachweisbar. Von den gebräuchlichen Antigenen erachten Verff. diejenigen als die zuverlässigsten, welche aus einer Aufschwemmung der zerriebenen oder der ganzen Tuberkelbazillen hergestellt sind, und haben solche ausschließlich verwendet. In kurzer Übersicht besprechen sie die sonst gebräuchlichen Antigene BESREDKAS, die von CALMETTE und MASSOL verwendeten wäßrigen und peptonisierten Lösungen usw. Absolut zuverlässig dürfte kein Präparat sein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über diagnostische und prognostische Verwertbarkeit der Tuberkulinreaktionen, von C. MOEWES-Berlin-Lichterfelde. (M. m. W., 1923, Nr. 18, S. 564.) PIRQUET ist auch beim älteren Kind und Erwachsenen prognostisch noch wertvoll. Der Schwerkranke (anergische) liefert kein positives Resultat. Wiederholung mit Impfschnitt. Bei negativem Ausfall noch Skarifikation mit dem PIRQUET-Meißel. Intrakutanreaktion: 0,1 ccm Alttuberkulin 1:1000. Wiederholung bei negativem Ausfall. Nur bei kachektischer oder infektiös-toxischer Anergie keine Reaktion. Lokalerscheinungen innerhalb 12—24 Stunden nicht spezifisch. (Das gleiche mit Kaseosan.) Nach 24 Stunden erst die spezifische positive Tuberkulinreaktion (Infiltrat der tieferen Schichten). In sonst gesundem Organismus Reaktion rascher und intensiver, je frischer der Prozeß ist. Stärke der Reaktion abhängig von unspezifischer, persönlicher Reizbarkeit, Ausdehnung, Gewebe und Sitz. Bei Gesunden langsameres Auftreten. Subkutane Methode: Brauchbarer für die Feststellung der Aktivität des Prozesses, in der ambulanten Praxis wegen der zahlreichen Gegenanzeichen besser zu vermeiden. Der sicher Tuberkulöse mit

Digitized by Google

positiver Reaktion bietet im allgemeinen eine günstigere, mit negativer eine ungünstigere Reaktion. Positivwerden nach bisher negativem Verhalten bei Kranken ist ein günstiges Zeichen. A. v. Notthafft-München.

Seltene Vorkommnisse im Verlaufe der diagnostischen und therapeutischen Anwendung des Tuberkulins, von Edmund Hoke-Komotau (Böhmen). (Zschr. f. Tbc., 1923, Bd. 38, S. 346—348.) Als seltene Vorkommnisse nach diagnostischen und therapeutischen Tuberkulininjektionen berichtet Verf. über einen Fall von zweimal nach je einer Tuberkulininjektion auftretendem Herpes zoster, ferner über zwei Fälle von Quinkeschem Ödem beider Unterarme bzw. beider Unterschenkel, über je einen Fall von Periodontitis, Urtikaria und Purpura. Bei einem weiteren Patienten kam es nach der zweiten Alttuberkulinspritze zu schlaffer Lähmung der Beine mit Unmöglichkeit zum Urinieren und Parese sowie Ataxie an den Armen. Ein anderer Fall wurde nach einer subkutanen Injektion stark dyspnoisch, die Phrenikusdruckpunkte waren schmerzhaft, vor dem Röntgenschirm erwies sich das Zwerchfell als kaum beweglich. Schließlich beschreibt Verf. noch einen Fall, der, nachdem schon eine ganze Alttuberkulinkur vorausgegangen war, nach einer weiteren Spritze im anaphylaktischen Chok ad exitum kam. B. Peiser-Berlin.

Die Wirkungsweise des Tuberkulins, von Emil Szász. (Zschr. f. Tbc., 1923, Bd. 38, S. 342—345.) Während Selter und Tancré behaupten, daß die lokalen Tuberkulinreaktionen, die Gewebsreaktionen, auf die unmittelbare Einwirkung des Tuberkulins entstehen, andererseits Hayek und Wieser auf dem Standpunkt stehen, daß die intermediären Abbauprodukte daran schuld sind, führt Verf. die zellulären Gewebserscheinungen durch das Antigen (Tuberkulin) als solchem bedingt zurück, während das Fieber durch die intermediären Abbauprodukte verursacht wird.

B. Peiser-Berlin.

Erfahrungen mit Ektebin, von W. Kremer-Sommerfeld. (M. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1091.) Die Angaben Gottliebs werden bestätigt: 18 Stunden nach den Einreibungen fanden sich im Stratum granulosum zahlreiche, nach Ziehl sich färbende Stäbchen, vereinzelt auch bis über die Grundschicht hinaus. Nach 24 Stunden sind sie fast verschwunden; dafür treten aber nach Gram sich färbende Granula auf. Gelegentlich kommt es jedoch im Gegensatz zur Behauptung von Moro zu Herdwirkungen.

A. v. Notthafft-München.

Die Ponndorfsche Impfung, von E. Hassencamp-Halle. (D. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1010—1011.) Wenn auch einige klinische Tatsachen für eine gewisse Bedeutung der Haut bei der Immunität chronischer Infektionskrankheiten sprechen, so liegt keine Veranlassung vor, der Haut eine Sonderstellung einräumen zu müssen. Die Ponndorfschen Behauptungen, daß ein aktives Immunisieren des erkrankten Individuums von der Haut aus erfolge, sind durch nichts bewiesen. Die praktischen Ergebnisse mit der Ponndorfschen Impfmethode zeigten keine Überlegenheit vor anderen Behandlungsmethoden bei Tuberkulose und Mischinfektionen.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Impfung nach Ponndorf gegen Tuberkulose und die immunisatorische Fähigkeit der Haut (La vaccinazione antitubercolare alla Ponndorf ed il valore immunitario della pelle), von Rondoni-Neapel. (Riforma med., 1923, Nr. 30.) Die Haut hat eine hohe immunisatorische Fähigkeit, da sie, stimuliert, Abwehrstoffe erzeugt. Auf ihr beruht die Anwendung des Tuberkulins auf perkutanem und intrakutanem Wege, worauf außer mehreren allgemein bekannten Autoren auch Maragliano schon vor vielen Jahren hingewiesen hat. In der letzten Zeit hat insbesondere Ponndorf diese Methode ausgeübt. Verf. empfiehlt das Ponndorfsche Verfahren, stellt aber fest, daß diese Methode in Italien wenig ausgeübt wird. Anschließend ergreift Maragliano das Wort zwecks folgender Feststellungen: 1. nach Ponndorfs eigenem, in Weimar am 24. Oktober 1920 gehaltenen Vortrag besteht das Ponndorfsche Mittel in einer Mischung von konzentriertem Alttuberkulin, von Extrakten aus Tuberkelbazillen oder aus einer Emulsion von pulverisierten Tuberkelbazillenkörpern. Es handelt sich also um eine Einverleibung von Tuberkelantigenen in die Haut, um, wie P. sagt, Substanzen hervorzurufen, welche fähig sind, die Tuberkelgifte zu neutralisieren. Das von P. benutzte Material ist eine jener vielen Möglichkeiten, Formen von Tuberkelantigenen darzustellen, von denen eine Form der Mitarbeiter Ponndorfs, Böhme, welcher sich durch viele Monate im Laboratorium Maragliano's aufgehalten hatte, dort darstellen und anwenden gesehen hatte; 2. der von P. gewählte Weg der Einverleibung, die Haut, ist von M. schon vor 20 Jahren gezeigt und eingeschlagen worden, also zu einer Zeit, wo weder

Digitized by Google

Sahli noch Much noch Petruschky daran gedacht hatten; 3. durch die Hautimpfungen erwacht im Organismus eine antituberkulöse Reaktion, wofür von M. der Beweis erbracht worden ist, den weder P. noch andere erbracht haben; 4. das Mittel P.s ist eine „treue Kopie" der antituberkulösen Vakzine von M., welche von diesem nur für Präventivimpfungen, in Frankreich aber schon seit 10 Jahren für Behandlung (Duquaire, Lyoner Klinik) mit bestem Erfolge benutzt worden ist. In der Klinik von M. wird sie von Cambiaso ebenfalls zu kurativen Zwecken verwendet. E. Freund-Triest.

Ausgedehnte Achseldrüsenverkäsung im Gefolge einer Ponndorf-Impfung, von P. Schürmann-Dresden. (D. m. W., 1923, Nr. 34, S. 1110—1113.) Die Veränderungen an der Impfstelle und in den Achseldrüsen zeigten anatomisch-histologisch alle Merkmale einer echten primären Tuberkulose. Es wird als wahrscheinlich angenommen, daß im Impfstoff lebende Tuberkelbazillen vorhanden gewesen sind.

F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis.

a. Allgemeines und Histologisches.

Über das Problem der Übertragung bei der Lues congenita, von Fritz Salomon, Derm. Univ.-Hautkl. Kiel. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 630.) Zur Erklärung, daß die Mütter syphilitischer Kinder häufig, von der WR abgesehen, keine klinischen Erscheinungen bieten, zieht Verf. Gedankengänge heran, daß die Wachstumsvorgänge im Mutterkuchen vielleicht Spirochäten der Mutter in Bewegung setzen und zur Ansteckung des Kindes bringen könnten, aber spezifisch ebenso wie unspezifisch die Schwangerschaftsvorgänge überhaupt bei der Mutter Reiztherapie ausüben könnten. Ein Übertritt von mütterlichen Immunstoffen auf die Frucht ist höchst unwahrscheinlich. Die rein väterliche Syphilisübertragung wird unter Hinweis auf den Spirochätennachweis im mütterlichen Plazentarteil der sonst symptomlosen Mütter durch Trincherse und den vom Referenten (an dessen Stelle Moro genannt wird) zuerst geschehenen Hinweis, daß sich ein derart befruchtetes Ei ja gar nicht entwickeln kann, abgelehnt. Die Rietschelsche Lehre, daß der Spätausbruch der Syphilis wochenlang nach der Geburt auf Infektion durch die Plazenta hindurch während der Geburt zurückzuführen sei, wird angenommen, die Forderung, einer serumkranken Mutter die Heirat zu verweigern, während man sie dem behandelten Mann trotz WR + mit gewissem Vorbehalt geben kann, von neuem aufgestellt. A. v. Notthafft-München.

Über extragenitale syphilitische Infektionen geschlechtlichen Ursprungs in Zusammenhang mit dem Kriege, von Petrow. (Wratschebnoje Djelo, 1923, Nr. 16 bis 17, S. 434 [Russisch].) Verf. beobachtete in der Zeit von 1913—1920 unter den Kranken der Charkower Universitätsklinik wie verschiedener Kriegshospitäler und unter seiner Privatklientel 29 Fälle von extragenitaler syphilitischer Infektion. Bei näherer Aussprache mit den Kranken erwies es sich aber, daß 7 dieser Fälle, trotzdem sie die Finger, den Bauch und die Brust betrafen, auf perverse geschlechtliche Beziehungen zurückzuführen waren. A. Jordan-Moskau.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Ernannt: Sir Malcolm Morris und Dr. James Stowers zu leitenden Ärzten am St. Johns Hospital for Skin Diseases in London; Dr. Alexander Randall zum Professor der Urologie an der University Medical School of Pennsylvania in Philadelphia.

Gestorben: Dr. Paul Hamonic, gewesener Arzt am Hôpital Lourcine in Paris. Er war einer der ersten (1882), denen die Übertragung der Syphilis auf Affen gelang.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. November 1923 | Nr. 47/48 | Band 77

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Wiener Allgemeinen Poliklinik.

Sonderformen des Lupus erythematosus in Verbindung mit Erythema-Bazin und papulonekrotischem Tuberkulid (Lupus erythem. discoides et acneiformis, Herpes-iris-ähnliche Nachschübe).

Von

Prof. Dr. G. Nobl.

Ehrmanns jüngst den Fachkreisen zur Verfügung gestellter kostbarer Erfahrungsschatz (Arch. f. Derm., 1922, S. 141, mit F. Falkenstein) wird für lange Zeit als die gediegenste Quelle der Belehrung und Anregung für alle jene dienen, welche in die Betrachtung der klinischen Erscheinungsweise, der geweblichen Grundlagen und pathogenetischen Voraussetzungen des Lupus erythematosus sich zu vertiefen wünschen. Nach dieser erstaunlichen, das Beobachtungsmaterial vieler Dezennien restlos ausnützenden Leistung, kann man es sich füglich erübrigen, zu den in Schwebe stehenden Fragen weiterhin noch Stellung zu nehmen. Nur der unerschöpfliche Formenreichtum, mit welchem sich die Tuberkulose an der allgemeinen Decke zu äußern pflegt, und stets neue oder zumindest kaum geläufige Kombinationen der Tuberkulide im weitesten Sinne festzustellen gestattet, gibt auch weiterhin Gelegenheit, wenn auch nur mit Einzelbeobachtungen zur Pathologie des Lupus erythematosus ergänzend beizusteuern.

Von diesem Standpunkt ausgehend halte ich es für berechtigt, hier zweier, nur sehr vereinzelt literarisch ausgewiesener Atypien der Schwindflechte zu gedenken, welche ich an einer Patientin in Verbindung mit Erythema induratum Bazin und papulonekrotischem Tuberkulid festzustellen und in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vorzustellen Gelegenheit hatte.

H. E., 24 Jahre, Hilfsarbeiterin. In der Familienanamnese keine belangreichen Daten. Die mit 17 Jahren zuerst, und seither immer regelmäßig menstruierte Pat. machte in der Kindheit Masern und Scharlach durch. Vor 3 Jahren ein Abortus. Etwa

Digitized by Google

seit $1^1/_2$ Jahren verfolgt sie Knotenbildungen an den Unterschenkeln, deren einzelne aufbrachen und nach längerem Geschwürszustand wieder zur Benarbung gelangten. Seit 2 Monaten soll der fleckige Gesichtsausschlag bestehen.

Status praesens: 3. VI. 1923. Mittelgroße Pat. von grazilem Knochenbau, mäßig entwickelter Muskulatur und spärlichem Paniculus adiposus. Schleimhäute anämisch. Kapillitium schütter. Zähne schadhaft. Über den Lungenspitzen mäßige Schallverkürzung, einzelne Rasselgeräusche. Interner Befund sonst der Norm entsprechend. Über den Backen, den oberen und unteren Augenlidern, sowie an den Ohrmuscheln sieht man fingerkuppen- bis zwetschenkerngroße unregelmäßig begrenzte, leicht erhabene erythematöse Flecke von rauher, fein keratotischer Oberfläche. Der festhaftende, kleinfleckige Hornbelag vielfach in Follikelmündungen verfolgbar. Einzelne der Scheiben, namentlich an den unteren Augenlidern, hier fast bis an den Lidrand reichend, und am Nasenrücken, weisen bei leicht atrophischer zentraler Abflachung und stärkerer randständiger Kapillardurchsetzung, deutlich das Bild des oberflächlichen Lupus erythematosus auf. An anderen Effloreszenzen von mehr erythematösem Aussehen, die namentlich in dichter Einstreuung die Stirne, die Retroaurikulargegend, und den Nacken besetzen, treten weniger die Wesenszüge des Prozesses in die Erscheinung. An der Brust und am Rücken sind in dem Gebiete typischer Akne-vulgaris-Effloreszenzen, in auffälliger Form und Zahl Blüten eingestreut, die als dunkelrot verfärbte, flach noduläre, im Zentrum von verhornten Herden eingenommene Gebilde sich deutlichst von den anderen banalen Läsionen der Umgegend abheben, zumal sie überdies noch von breiteren erythematösen Säumen umgeben sind. Zahlreiche dieser abgeplatteten, papulo-krustösen Elemente haben den fokalen Besatz abgestoßen und zeigen dem Defekt entsprechende, weißlich epithelisierte, seichte Depressionen.

An den Waden beiderseits sind etwa 12 aus der Fettschicht aufsteigende, an der Oberfläche durch blauviolette Flecke markierte, bis haselnußgroße, von der Umgebung deutlich abgrenzbare derbe Knoten zu tasten, deren einzelne, innig mit der Decke verlötet, muldenförmige Einsenkung der Oberfläche bedingen. An der höchsten Wadenwölbung links sind zwei der knotigen Infiltrate zerfallen und durch nicht zu tief reichende, mäßig sezernierende, von violetten Säumen umgrenzte Geschwüre ersetzt, welche teilweise noch von Knotensegmenten unterschichtet werden. An den Fußsohlen und -rücken hanf- bis erbsengroße, leicht erhabene, mattrot gefärbte, derbe Knötchen eingestreut, deren abgeflachte Zentren in die Tiefe reichende nekrotische Keile besetzen. WR negativ. Pirquet stark positiv.

15. VI. 1923. Zu den bestehenden Gesichtseffloreszenzen treten zahlreiche, lebhaft und livid rot verfärbte, bohnen- bis fingerkuppengroße, im Zentrum gesättigter blau tingierte und hier stecknadelkopfgroße Epithelabhebungen zeigende erhabene Flecke hinzu, deren Aussaat an der Stirne, den Jochbögen, den Ohrmuscheln, an der Kopfhaut und am Nacken zu verfolgen ist.

18. VI. 1923. Zahlreiche der frischen exsudativen, von erythematösen Höfen umgebenen Nachschübe sind mehr eleviert und in der Mitte von kleinsten, blasigen Epithelhügeln bzw. -krüstchen eingenommen.

1. VII. 1923. Der herpes-iris-ähnliche Ausbruch abgeblaßt, schuppend, die Krüstchen ohne Narbenhinterlassung abgefallen. Die älteren erythematösen Gesichtsscheiben, sowie Ohren und Nackenherde unverändert.

10. VII. 1923. Auf 4 mg. A.-T. Temperaturanstieg bis 39,5. Die Erythematosusscheiben aller Standorte gleichwie die Bazinknoten der Unterschenkel zeigen lebhafte Herdreaktion. An diesen Läsionsformen sind ausladende erythematöse Höfe zu verfolgen. Überdies ist an allen jenen Stellen, wo vor Wochen der herpes-iris-ähnliche

Digitized by Google

Ausbruch aufgetreten war, eine den früheren Effloreszenzen entsprechende erythematöse Reaktion zu beobachten. Im Bereiche der papulo-atrophischen Elemente an Rücken und Brust machen sich keine Herderscheinungen geltend.

Bei dem typischen Verhalten der Erythematosusscheiben, des papulonekrotischen Tuberkulids der Fußrücken und Sohlen und dem klassischen Bilde der Erythemknoten der Unterschenkel, erübrigte es sich, diese Aussaaten der Gewebsprüfung zu unterziehen. Von besonderem Interesse war jedoch die Feststellung des strukturellen Verhaltens der disseminierten Knötchenbestände an Brust und Rücken, die dem klinischen Aussehen nach am ehesten an akneiforme Tuberkulide erinnerten. In den Schnittfolgen solcher Elemente waren indes keinerlei Anzeichen tuberkulider Anordnung aufzufinden und fehlten auch alle jene pathologischen Gewebskomponenten, die der Charakteristik spezifischer, kapillarembolischer Reaktionsformen dienen (Epitheloid-Riesen-Mastzellen). Auffällig war ödematöse Quellung des Papillarkörpers und der darunterliegenden kollagenen Zone, mit reichlicher Vaskularisierung in den äußeren Herdanteilen. An diesen Stellen ein die Haarfollikel in Talgdrüsenhöhe umscheidender, nicht zu breiter lymphozytärer Infiltrationsmantel. Die unversehrten großen Drüsen dann überdies noch von schmächtigen Rundzellgirlanden umsäumt. Das schichtreiche Epithel von normaler Konfiguration und verbreitertem Hornband überlagert. In den fokalen Anteilen ist es zu auffälliger Epithel- und Papillaratrophie gekommen. Verschmächtigte aufgefaserte Hornfibrillen überschichten eine aus zwei bis drei Zellreihen gebildete, lineär abschließende Epithelleiste, — diese den flächenhaft ausgeglichenen Papillarkörper. Hier ist es auch zu einer Rarefizierung bzw. Abbröckelung der an den Randanteilen unverändert erhalten gebliebenen elastischen Geflechte gekommen. Haartaschen und Talgdrüsen sind im Zentrum der Effloreszenzen nicht nachweisbar. Auch durchsetzen nur schüttere infiltrative Rundzellzüge perivaskuläre subpapilläre Strecken.

Mit Umgehung der üblichen zusammenfassenden Betrachtung möchte ich mich nur auf die Betonung des histologischen Befundes beschränken. Aus diesem ergaben sich trotz der obenerwähnten großen Ähnlichkeit der an Rücken und Brust ausgesäten, flach papulösen Effloreszenzen mit nekrotisierenden Tuberkuliden, keinerlei Anhaltspunkte für die Zugehörigkeit der Herdchen zu dieser Type. Vielmehr waren diese nach ihrer strukturellen Beschaffenheit, bei der zentralen Atrophie, randständigen intensiveren Gefäßdurchsetzung, Ödem der oberen Kutislagen und mäßigen perivaskulären Infiltration, am ehesten noch als, im klinischen Bilde Akneblüten nachahmende, mit erhöhtem Randrelief hervortretende Lupus erythematosus-Herde anzusprechen. Wobei ich mir wohl bewußt bin,

Digitized by Google

mit diesen histologischen Zügen keine für den Prozeß pathognostische Merkmale angeführt zu haben. Aber mit diesen sieht es ja überhaupt recht dürftig aus. In Bild und Anatomie der akneiformen Teilerscheinung des polymorphen Reaktionszustandes, stimmt in weiten Grenzen ein Fall überein, über welchen E. Nathan und C. Haas aus der Klinik Herxheimer vor kurzem berichteten (Arch. f. Derm., 1923, Bd. 142, H. 1, S. 17). Bei einer Frau mit typischem Lupus erythematosus des Gesichtes, an Ellbogengelenken, Ober- und Unterarmen zunächst als lichenoides Tuberkulid angesehenes Knötchenexanthem. Geweblich keine Anzeichen eines solchen, hingegen die bei Lupus erythematosus gewöhnlichen und spezifisch entzündliche Veränderungen. In dieser Mitteilung werden aus früherer Zeit als die einzig auffindbaren zugehörigen Beobachtungen noch die meist nur von Demonstrationen her bekannten Fälle von Bornemann (Derm. Zschr., 1905, Bd. 12; Lupus erythematosus des Kopfes, livide, klinisch für Lich. scrof. angesprochene Rückenaussaat; histolog. nur indifferente Infiltrate), Tèche (Verh. d. Derm. Ges., 9. Kongreß, 1906, S. 463; neben typischem Lupus erythematosus, stecknadelgroße, schuppende, dissem. und grupp. Effloreszenzen) und G. Pernet (Thèse de Paris, 1908, zit. nach Robbi: Inaug.-Diss., Bern 1910).

Was den akuten, Herpes-iris-ähnlichen, das Gesicht, die Stirn, den Nacken und die angrenzenden Kopfhautanteile befallenden Ausbruch betrifft, so sind Erythematosusvarianten dieser Art meines Erinnerns vor mehreren Jahren von Jadassohn beobachtet worden. In der Ehrmann-schen Gruppierung der Eigenbeobachtungen, deren Zahl 6 akute Formen, 4 Fälle des Lupus erythematoses cum Exacerbatione acuta und 130 (!) chronische, diskoide und disseminierte Ausbrüche beträgt, ist auf ein ähnliches Vorkommnis hingewiesen. Im Falle 5 des akuten Zustandsbildes war ein Erythema perstans des Gesichtes von Erythema-multiforme-ähnlichem Exanthem auf Armen und Brust an seborrhoischen Stellen begleitet (Abb. 6, S. 428, l. c.). Bei Erörterung der Diagnose gedenkt E. auch des vom typischen, exsudativen, multiformen Erythem abweichenden Verlaufes, bzw. der Involution ähnlicher Erythematosus-Eruptionen. Macht man sich seine Auslegung zu eigen, welcher zufolge das akute Krankheitsbild des Lupus erythematosus im Sinne einer tuberkuloseptischen Invasion zu werten sei, so findet in dieser Begründung nicht nur das klinische Aussehen ähnlicher, dem Erythema multiforme vollkommen entsprechender akuter Nachschübe, sondern auch deren Pathogenese eine befriedigende Aufklärung.

Schließlich möchte ich noch auf den oben erwähnten, selten vermerkten Standort disseminierter Lupusscheiben an den Augenlidern hinweisen, welche besonders bis nahe an den Lidsaum hinreichend an den beiden rechten

Digitized by Google

und dem linken oberen Deckel in charakteristischer Ausprägung zu sehen waren. Ehrmann verfolgte eine solche Lokalisation in Kombination mit anderen Scheibenausstreuungen bei dreien seiner chronischen Fälle. Auf diesem ganz exzeptionellen Sitz der diskoiden Form habe ich noch während meiner Assistentenzeit, anläßlich der Demonstration eines Falles aus der Abteilung Lang (1894), in der Wiener Dermatolog. Gesellschaft hingewiesen. Es handelte sich, wie ich mich genau erinnere, um einen 20jährigen städtischen Angestellten, bei dem zunächst auf dem rechten oberen Augenlid drei erbsengroße, flache, von ektatischen Kapillaren durchzogene, von festhaftenden Schüppchen bedeckte Herde aufgeschossen waren, die zur Zeit der Vorstellung schon deutlichste zentrale Atrophie aufwiesen. Die von mir gestellte Diagnose fand aber erst allgemeine Zustimmung, als ich den Kranken mehrere Wochen später mit weiterhin noch hinzugetretenen typischen Gesichtseffloreszenzen und konfluierten Lidherden nochmals vorstellte. Diese in den Verhandlungen der Wiener Dermatolog. Gesellschaft festgehaltene Beobachtung dürfte Ehrmann, der das Befallensein der Lider als bisher nicht beschrieben hervorhebt, entgangen sein.

Aus dem Städt. Krankenhaus Stettin: Dermatologische Abteilung (leit. Arzt: Dr. Krösing) und Laboratoriums-Abteilung (Vorsteher: Dr. Heimann).

Die natürlichen und künstlichen Immunisierungsvorgänge bei der Gonorrhoe.

Von

Dr. Franz Baumann und Dr. Willy Heimann.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Nach allgemeinen Erfahrungen ist die Behandlung der Schleimhautgonorrhoe an ihren Eintrittspforten der lokalen Behandlung reserviert geblieben. Indessen bleibt die Wirkung der in Anwendung kommenden chemischen und physikalischen Mittel auf die Oberfläche und die ihnen der Tiefe zu direkt benachbarten Schichten beschränkt, so daß bei weiterer Tiefenwanderung der Gonokokken diese kaum direkt erreicht und mit lokalen Mitteln abgetötet werden können. Dasselbe trifft zu, wenn die Gonokokken sich in Organen lokalisiert haben, deren anatomische Lage in der Tiefe des Körpers von vornherein es ausschließt, sie mit lokalen Mitteln zu erreichen, und man ist hier bei den sog. Komplikationen — mehr oder weniger auf eine konservative Therapie, die sich letzten Endes wohl auf die Selbstheilung infolge natürlicher Immunisierungsvorgänge stützt, beschränkt geblieben. Aber schon im Jahre 1907/08 haben Ver-

Digitized by Google

suche eingesetzt, mit einer aktien spezifischen Therapie hier weiter zu kommen, und haben auch Erfolge gezeitigt.

So wurde zuerst eine passive Immunisierung versucht mit einem Serum, das durch Gonokokkeneinverleibung von Tieren gewonnen war. Dieser Versuch der passiven Immunisierung wurde als ergebnislos wieder verlassen.

Es ist daher als ein großer Fortschritt zu verzeichnen, als Bruck, Neisser, Wertheim in den Jahren 1908 und 1909 die aktive Immunisierung durch Einverleibung von abgetöteten Gonokokken in den Körper des Erkrankten eingeführt haben.

Die Herstellung einer solchen Vakzine — zunächst von dem Erkrankten selbst — war aber umständlich und für die Allgemeintherapie nicht immer verwertbar, so daß die Bereitung des Impfstoffs im großen von Fabriken übernommen werden mußte. Das erste und bekannteste dieser Präparate ist das Arthigon, und es wurden auch von diesem eine Reihe von Erfolgen gemeldet: u. a. Simon (1), Steinmetz (2), Rohr (3).

Auch eine Reihe anderer Präparate wurde später hergestellt. Um so auffallender ist es, daß in den letzten Jahren diese Erfolge nicht mehr bestätigt werden konnten: so z. B. Frey (4), Schumacher (5), Buschke-Langer (6), Jötten (7, 8, 9). Trotzdem wird auch heute noch in großem Umfange das Arthigon als therapeutisches und provokatorisches Agens angewandt und neben einem großen Teil von Versagern auch bei einigen Flaschen eine Wirksamkeit festgestellt. Dieser Umstand veranlaßte in letzter Zeit einige Autoren, sich eingehend mit den käuflichen Präparaten und ihren Eigenschaften einerseits, als auch mit der Biologie dieser aktiven Immunisierungsvorgänge andererseits zu beschäftigen, und es wurden wichtige Ergebnisse festgestellt. So haben Buschke-Langer (10) gefunden, daß in der Vakzine der Bakteriengehalt beim Altern abnimmt und parallel damit der Eiweißgehalt des Präparates heruntergeht.

Schumacher (11) stellte fest, daß die Methylenblaufärbbarkeit der Gonokokken durch Erhitzen verschwindet, die Fuchsinfärbbarkeit bestehen bleibt, d. h. daß durch den Eingriff zuerst die sauren Eiweiße und Kernsubstanzen der Gonokokken Schaden genommen und sich aus ihnen herausgelöst haben. Diese Teilauflösung kann schon als erste Degenerationserscheinung eintreten, wenn man Gonokokken, in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt, bei Zimmertemperatur stehen läßt. In einer Nachprüfung kommen Buschke und Langer (12, 13) zu demselben Ergebnis, nämlich, daß die Vakzinen in 4 Wochen an Methylenblaufärbbarkeit einbüßen, dann aber weiter, daß überhaupt die färbbaren Gonokokken allmählich zerfallen und schließlich sich ganz auflösen. Degenerationsformen sahen sie schon 24 Stunden nach der Kulturabschwemmung

Digitized by Google

in dieser auftreten. Sie glauben, daß fermentative Prozesse dabei eine Rolle spielen. Dieselbe Degeneration und Minderwertigkeit fanden sie in käuflichen Arthigonpräparaten und sind der Ansicht, daß Beziehungen bestehen zwischen morphologischer Eigenschaft und therapeutischer Wirksamkeit der Vakzine, und daher auch die geringe Wirksamkeit des käuflichen und gealterten Präparats zu erklären ist.

Jötten (14) stellt fest, daß die Artspezifität des Gonokokkenstammes außerordentlich weitgehend ist, so daß auch der Verlauf der Erkrankung abhängig ist von der Virulenz und Giftigkeit des speziellen krankmachenden Virus. Er ist der Ansicht, daß manche Versager bei der Behandlung mit Mischvakzine auf diesen Beziehungen der Artspezifität beruhen und kommt daher zu der Forderung, nicht wie bisher ein Gemisch einer Anzahl von Stämmen bei der spezifischen Behandlung anzuwenden, sondern nur den arteigenen Stamm: das heißt eine Autovakzine.

Damit sind wir wieder an den Ausgangspunkt dieser Therapie gelangt, ehe die fabrikmäßige Herstellung im großen begann, und es sind wieder die erwähnten Schwierigkeiten für die Praxis akut geworden, da ja die Züchtung, abgesehen von der Beschaffung eines geeigneten Nährbodens, wegen der speziellen Ansprüche einzelner Stämme schwierig ist.

Es waren diese Eigentümlichkeiten Veranlassung, die Nährböden zu verbessern z. B. durch Milchsäurezusatz, genaue Einstellung der Reaktion, Wachstum in Wasserdampf, gesättigter Atmosphäre usw., oder die Lebensfähigkeit der Gonokokken durch Einimpfung in Serum unter anaeroben Bedingungen zu verlängern (Buschke-Langer [15]). Trotz dieser Verbesserungen bleiben aber die Schwierigkeiten für die Herstellung einer Autovakzine bestehen, die außerdem noch vermehrt werden durch Schwierigkeiten wirtschaftlicher und klinischer Art, so daß man im allgemeinen gezwungen bleiben wird, auf ein wirksames Mischvakzin zurückzugreifen.

Nachdem wir uns von den geringen klinischen Erfolgen der käuflichen Mischvakzine, insbesondere des Arthigon ebenfalls überzeugt hatten und auch, wie weiter unten folgen wird, in Bestätigung von Schumacher, Buschke und Langer deren Minderwertigkeit festgestellt hatten, sind wir zur Herstellung eigener Mischvakzine und Autovakzine übergegangen.

Nach unsern Erfahrungen ist das empirische Aussuchen einer gut verwendbaren Aszitesflüssigkeit, die wir im Verhältnis von 40 auf 60 Teile schwach Lackmus-alkalischen 4%igen Agar zumischten und das Bebrüten bei 37° in Wasserdampf gesättigter Atmosphäre (Exurator) das wichtigste Erfordernis für eine gute Gonokokkenzüchtung.

Digitized by Google

I. Klinische Erfahrungen mit der Immunisierungstherapie.

Nach mancherlei klinischen Vorversuchen sind wir schließlich zu folgender Behandlungsweise gelangt, die wir im Anschluß an die Zielersche Terpichinbehandlung als „blockierte" bezeichnen wollen. Es wurde das Vakzin stets intravenös gegeben, unter Vermeidung vorheriger intramuskulärer Gaben, weil bei solcher Kombination mehrere Male unerwünschte heftige Nebenwirkungen im Sinne der Anaphylaxie auftraten. Es wurde vorsichtig mit 0,1 ccm begonnen, dann täglich oder bei schwächlichen Individuen jeden zweiten Tag, um 0,1 ansteigend, weiter gespritzt und schematisch nach der vierten Injektion eine 1- resp. 2tägige Pause eingelegt. War die Temperaturreaktion nach einer Injektion höher als 38,3, so blieben wir bei der zuletzt gegebenen Dosis stehen, bis die Reaktion unter dieser Temperatur blieb und gingen erst dann weiter vorwärts, weil jetzt augenscheinlich der Körper eine größere Toleranz dagegen erworben hatte, was gewöhnlich schon nach einer Wiederholung der betreffenden Dosis erreicht war. Mehr als 1,0 als Einzeldosis wurde nie gegeben, und dies nur selten erreicht wegen der starken Wirksamkeit der Vakzine; gewöhnlich wurde nur bis 0,5 ccm gespritzt. Wurde die Höchstdosis (1,0) erreicht, so fiel bei weiterem Fortgehen derselben die Temperatur ab und Reaktionen traten nicht mehr auf. Die Temperaturen treten meist 2 Stunden nach der Reaktion auf und werden von leichter Mattigkeit und Schüttelfrost begleitet; doch hielten diese Symptome nur 2 bis 3 Stunden an. Selbstverständlich wurde je nach der Konstitution und der Art der Reaktion im einzelnen individualisiert. Es wurden die Vakzins im allgemeinen sehr gut vertragen, und unsere nach obigem Schema behandelten Patienten haben alle an Gewicht zugenommen. Daneben wurden alle Patienten in gleicher Weise lokal behandelt.

Um über den Erfolg der Behandlung etwas aussagen und sie mit anderen Behandlungsarten vergleichen zu können, haben wir den Augenblick der klinischen Behandlung und Beobachtung fixiert und zum Ausgangspunkt der Beurteilung gewählt, wo der Patient bakteriologisch zuerst frei von Gonokokken wurde und es auch, wie die fortlaufende weitere Untersuchung alle 3 Tage ergab, selbst bei Anwendung besonders wirksamer und eingreifender Provokationen blieb. Als Provokation bezeichnen wir erstens zwei bis dreimalige massive Gaben des Vakzins (das über die letzte Behandlungsdosis hinausging), zweitens lokale Pinselung der Zervixschleimhaut (bisweilen auch die der Urethra) mit 1 : 5 verdünnter Lugolscher Lösung und drittens die natürliche menstruelle Provokation.

Aus äußeren Gründen setzt sich unser Material vornehmlich aus

Digitized by Google

weiblicher Gonorrhoe zusammen. Wir haben davon 58 Fälle mit Mischvakzin eigner Herstellung, 6 Fälle mit Autovakzin, 11 Fälle mit Arthigon und danach mit Mischvakzin, 17 Fälle allein mit Arthigon behandelt, wozu noch einige Fälle kommen, die blockiert nach Zieler mit Terpichin behandelt wurden.

Stellen wir nunmehr alle unsere beobachteten Frauen-Gonokokkenfälle geordnet zusammen, so kommen wir zu folgenden Resultaten:

28 Fälle wurden mit Arthigon behandelt: nach 46 Tagen wurden bei diesen noch Gonokokken festgestellt, die erst nach 60 Tagen dauernd verschwanden; doch sei dazu noch einschränkend bemerkt, daß es sich hier meist um früher beobachtete Kranke handelt, bei denen man schon nach kurzfristiger Provokation und ohne Anwendung der Lugolschen Lösung zu dem Urteil: «dauernd geheilt» gekommen war.

58 Fälle wurden mit M.V.[1]) behandelt. Von 47 dieser Fälle wurde als durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur erstmaligen und dauernden Gonokokkenfreiheit 24 Tage errechnet. Bei den übrigen Fällen (siehe oben: 11 jener 28 Fälle) war eine 46tägige erfolglose Arthigonbehandlung vorhergegangen, bei diesen genügte eine weitere 14tägige Behandlung mit M.V., um nun dauernde Gonokokkenfreiheit trotz unserer scharfen Provokation zu erzielen.

Wir werden also nicht fehlgehen, wenn wir nach unseren Erfahrungen annehmen, daß bei den reinen Arthigonfällen in 60 Tagen noch nicht sichere Gonokokkenfreiheit in unserem obigen Sinne erzielt worden wäre, wenn man Lugolsche Lösung zur Provokation benutzt hätte. Trotzdem wir bei einem Vergleich zu einer zu günstigen Beurteilung der Arthigonfälle kommen, verhält sich die Dauer der Behandlung mit M.V. und Arthigon in Tagen ausgedrückt wie 24 : 60 oder wie 2 : 5. — Erwähnt sei noch, daß bei der M.V.-Behandlung diese statistische Berechnung nicht einen Mittelwert aus weit auseinanderliegenden Einzeldaten darstellt, sondern daß das Material ziemlich gleichmäßige Heilungstendenz zeigt. Bei den Arthigonfällen dagegen sind die Mittelzahlen aus weiter auseinanderliegenden Daten gewonnen.

Neben diesem bakteriologischen Gesichtspunkt ist der rein klinische von gleicher Wichtigkeit.

Wir haben deshalb die Gonorrhoe-Fälle in chronische, subakute und akute eingeteilt. Es handelte sich um 6 chronische, 6 subakute und 5 akute Arthigonfälle und ferner um 25 chronische, 16 subakute und 6 akute reine M.V.-Fälle. Unter den 25 chronischen M.V.-Fällen befanden sich 6 Adnexitiden, unter den 16 subakuten 2 Adnexitiden, bei den akuten handelte es sich nur um Urethral- und Zervix-Gonorrhoe.

[1]) M.V. = Mischvakzine. A.V. = Autovakzine.

Digitized by Google

Die Arthigonfälle, geordnet nach chronischer, subakuter, akuter Erkrankung brauchten 64, 55 und 61 Tage, die reinen M.V.-Fälle, entsprechend geordnet, 29, 27 und 22 Tage bis zum Beginn der dauernden Gonokokken-Freiheit.

Die begleitende Adnexitis bedingte bei den chronischen und subakuten Fällen keine längere Behandlungsdauer, da gerade diese begleitende Komplikation schnell auf die Vakzinierung reagiert, und nach anfänglich vorübergehender Herdreaktion mit kurz dauernder Vermehrung der Schmerzen und erhöhter Tumeszierung sich nach etwa der dritten Spritze zurückzubilden pflegte und nach etwa 14tägiger Behandlung abgeklungen war. Gerade diese unter unseren Augen sich vollziehende Einschmelzung von Exsudatmassen ist neben der Abkürzung der klinischen und bakteriologischen Erscheinungen der Zervixerkrankung das Auffallendste und Wertvollste dieser Behandlung. Daß die klinische Besserung, d. h. Schleimigerwerden und Verminderung des Ausflusses ziemlich parallel mit dem Gonokokkenbefund geht, braucht nicht näher gesagt zu werden.

Bis zur Entlassung, die durch die Dauer der Provokation, insbesondere aber auch durch das Warten auf die Menses in die Länge gezogen werden mußte, hat die Behandlung mit M.V. durchschnittlich bei den chronischen 55, bei den subakuten und akuten 45 Tage gedauert. Im ganzen wurden durchschnittlich bis zur Entlassung 23,6 Spritzen gegeben, und es wurden im Durchschnitt je nach Wirksamkeit des M.V. 5—10 ccm intravenös im Laufe der 6—7 Wochen langen Behandlung verabfolgt.

Im ganzen waren 3 Versager zu verzeichnen: 1. ein A.V.-Fall, der 3 Jahre krank, früher operiert worden war und auch jetzt wieder operiert werden mußte, da es sich um alte narbige Verwachsungen handelte, 2. zwei chronische M.V.-Fälle, die nach 15- bzw. 20tägiger Behandlung mehrere Wochen dauernd negativ waren und plötzlich nach der Menses wieder Gonokokken zeigten. Beide wurden weiterbehandelt, davon einer später mit A.V., mußten aber aus äußeren Gründen (Kasse) vorzeitig entlassen werden, so daß ein abschließendes Urteil nicht gebildet werden kann.

Was die Männergonorrhoe anlangt, so war hier die Prostatitis, Arthritis und Epididymitis Gegenstand der Behandlung, nachdem wir uns überzeugt hatten, daß die reine Schleimhautgonorrhoe der Urethra auf Vakzin überhaupt nicht reagiert hatte. Bezüglich der Prostatitis war der Erfolg ein wechselnder. Die Epididymitis wurde nach einigen Vakzinspritzen stets schmerzlos und bildete sich schnell zurück. Besonders auffallend und prompt ist die Heilung der Arthritis unter dieser Behand-

Digitized by Google

lung, die nach der ersten bzw. auch noch nach der zweiten Spritze ein Stadium von vermehrter Schmerzhaftigkeit durchzumachen pflegt. Nach etwa 4—5 Spritzen innerhalb von 7—12 Tagen tritt Schmerzfreiheit und fast völlige Beweglichkeit ein.

Die sieben mit A.V. behandelten Fälle verteilen sich auf fünf chronische und zwei subakute Frauenfälle, dazu kommt noch eine chronische Prostatitis. Die mit A.V. behandelten Fälle unterscheiden sich von denen mit M.V. behandelten durch eine besonders starke Allgemeinreaktion, die bisweilen besonders bei der ersten Spritze fast bedrohlich erscheint, indem die Temperatur unter Schüttelfrost mitunter bis auf 40° steigt, weswegen hier besonders vorsichtige Anfangsdosierung empfehlenswert ist. Die Heiltendenz ist zweifellos gegenüber der M.V. abgekürzt, und zwar sind die chronischen mit A.V. behandelten Fälle zu 80% in 3 Wochen gonokokkenfrei, während dies die mit M.V. behandelten nur zu 40% in dieser Zeit waren. Bei den subakuten A.V. behandelten Fällen tritt in 100% schon nach 3 Wochen Gonokokkenfreiheit ein, während dies bei M.V.-Behandlung nur einmal = 6% beobachtet worden ist. Zweifellos besteht eine Überlegenheit der A.V.-Behandlung gegenüber der M.V.-Behandlung, wie dies besonders Jötten mit Nachdruck betont hat. Zu diesen im Krankenhaus beobachteten Fällen kommen noch fünf aus der Privatpraxis, für die von dem einen von uns (Heimann) Autovakzins hergestellt worden waren und die günstigen Berichte der Kollegen vorliegen.

Fassen wir kurz unsere klinischen Resultate zusammen: Die frische M.V.- bzw. die nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen ermöglichte und noch wirksamere A.V.-Behandlung ist der Arthigon-Behandlung weit überlegen.

Dies tritt insbesondere bei allen Komplikationen, einschließlich der Zervixgonorrhoe, deutlich in die Erscheinung. Die Überlegenheit zeigt sich in der Abkürzung der Heilung gegenüber dem Arthigon im Verhältnis 5 : 2. Besonders augenfällig ist die schnell einsetzende Heilung bei Gonorrhoe in geschlossenen Herden, wie Adnexitis, Epididymitis und Arthritis. Für die Prostatitis steht die Vakzine-Behandlung an zweiter Stelle, und zwar — wie wir gleich anfügen werden — hinter der mit Terpichin. Die A.V.-Anwendung ist der des M.V. erheblich überlegen. Die akute unkomplizierte weibliche und männliche Urethralgonorrhoe bleibt ganz unbeeinflußt und bedarf der üblichen chemischen Lokalbehandlung. Alle Fälle wurden im übrigen neben der Vakzination in der üblichen Weise lokal behandelt.

Kurz anzufügen bleibt noch unsere nicht ausgedehnte Erfahrung über die Behandlung mit Terpichin nach Zieler. Gute Erfolge sahen

Digitized by Google

wir hier nur bei der Prostatitis, die der Vakzine-Behandlung überlegen zu sein scheint, unbeschadet dessen, daß wir einige Versager hatten, die nachher auf M.V. gut reagiert haben. Bei den übrigen sogenannten Komplikationen sowohl der Männer wie der Frauen haben wir von der Vakzine-Behandlung durchgehends weit bessere Erfolge gesehen.

Da es sich bei unserer Behandlungsart um eine solche der inneren Umstimmung des Organismus handelt, die wir unter dem Namen der Immunitätsvorgänge zusammenfassen, so bleibt darüber noch einiges im folgenden darzulegen und es sollen auch einige experimentelle Untersuchungen angeführt werden.

II.

Die Autoren, die sich mit den Immunitätsvorgängen des Körpers im Verlaufe der Gonorrhoeinfektion beschäftigt haben, haben für diese Frage hauptsächlich das Phänomen der Komplementablenkung herangezogen. Von älteren Autoren waren es (siehe KOLLE-WASSERMANN) insbesondere BRUCK, FINKELSTEIN, MÜLLER-OPPENHEIM. Letztere verfolgten das Auftreten der spezifischen Bindung im Verlaufe der Erkrankung und kamen zu folgendem Resultat: Die Reaktion wird nach 5—6 Wochen nach Beginn der Erkrankung positiv, und zwar in 12 % ihrer Fälle. Bei chronischer Infektion stieg nach ihnen dieser Prozentsatz bis auf 55 % nach 6 Monaten. Bei Vakzination mit Gonokokken mit über 5 Millionen Keimen stieg diese positive Reaktion auf 85 %, woraus sie auf eine Vermehrung des Antikörpergehalts schlossen. Bei einem Teil der Erkrankten blieb demnach auch nach mehrmaliger Vakzination die Ablenkung aus, während andererseits manche Fälle schon nach geringen Dosen von Vakzin einen starken Ausschlag gaben.

Auch BURCKAS (16) fand in 4—6 Wochen spezifische Schutzstoffe im Blut. FREY (17) kommt zu ähnlichen Resultaten und schließt, daß die Vakzinetherapie eine Anregung zu erhöhter Schutzstoffbildung darstellt. Das Ausbleiben der Schutzstoffe in einem nicht unbeträchtlichen Teil der Fälle erklärt FREY damit, daß sich die Komplementbindung nur gegen gewisse Gruppen von Gonokokken, besonders gegen den krankmachenden Stamm bildet und der Beobachtung entgeht, wenn dieser Stamm nicht als Antigen verwendet wird. Ebenso glaubt MOHR (18), daß das Serum nicht unbedingt positive Komplementbindung gibt, wenn als Antigen ein beliebiger, kein homologer Stamm benutzt wird. Auch OSWALD (19) findet eine vierfach positive oder negative Komplementablenkung, je nach dem zur Ablenkung als Antigen benutzten Gonokokkenstamm. Bei therapeutischer Anwendung eines Vakzins findet er daher bei Verwendung des eigenen Stammes immer nach 2—3 Wochen nach der Infektion

Digitized by Google

eine positive Komplementbindung. Das Optimum wird nach ihm nach 5—6 Wochen erreicht. Schon 1907 wiesen Tague und Torray (20) darauf hin, daß der Gonokokkus keine einheitliche Bakterienart sei, und Jötten (14) stellt vier Gruppen von Gonokokkenstämmen auf, die sich gegenseitig durch ihre antigenen Eigenschaften unterscheiden und nur innerhalb dieser vier Gruppen Komplementbindung ergeben.

Diese Unterschiede in den antigenen Eigenschaften der einzelnen Gonokokkenstämme erklärt nach ihm auch die einzelnen Versager der Vakzinetherapie und führt zur Forderung, homologe Stämme, am besten den krankmachenden eigenen Stamm, also eine gute Autovakzine, zur Behandlung zu verwenden.

Andere Forscher, wie Burckas (16), gehen nicht so weit, sondern finden auch bei Verwendung von M.V. einen hohen Prozentsatz von Heilungen: 20% glatter Heilung, 43% Erfolge, 4% Versager.

Jötten (21) stellt eine Beziehung der Gonokokkenart zur Schwere der Infektion her und glaubt, daß der Verlauf der Erkrankung weniger von der Konstitution des Individuums, als von der Virulenz des Stammes abhängig sei. Er folgert daher, daß sich der Verlauf der Erkrankung je nach der Zugehörigkeit zu einer der von ihm aufgestellten Gruppen, die sich durch ihre Virulenz unterscheiden, vorhersagen ließe. Fürst (22) verfolgt den therapeutischen Effekt der Vakzination durch die Kontrolle der Komplementablenkung.

Auf einem ablehnenden Standpunkte steht Capelli-Florenz (23). Nach ihm gibt es weder eine natürliche, noch eine erworbene Immunität. Die biologische Reaktion, wie Agglutination, Präzipitation, Komplementfixation und Bestimmung des opsonischen Index ergäben zu inkonstante Resultate, als daß sie praktisch verwertbar wären. — Auch nach Thomas H. Cherry und Salvatore Du Palma-New York (24) ließen sich die Komplementreaktionen nicht in Einklang mit dem klinischen Befund bringen, so daß sie die Diagnose der chronischen Gonorrhoe mit Kutan- und Komplementreaktion ablehnen. Es zeigen sich also in dieser Frage bis in die neueste Zeit Widersprüche.

Wir haben nun versucht, an unserem Material einen Teil dieser Fragen zu prüfen. Als Antigen benutzten wir ein selbst hergestelltes M.V. aus etwa 6—11 Stämmen, das wir auch zur Behandlung verwandten (allerdings nicht immer dieselben Stämme). Zur weiteren Kontrolle haben wir die WR, die Komplementablenkung gegen Typhusbazillen und Proteus X 19, das für die Diagnose des Fleckfiebers (Weil-Felix) Anwendung findet, angesetzt. Ferner wurden parallel damit Ablenkungen mit Arthigon angestellt.

Es wurden zunächst 57 Sera von Fällen ohne Gonorrhoe untersucht,

Digitized by Google

darunter einige Typhusrekonvaleszenten, 15 Luetiker, verschiedene Fälle von Aborten und anderen Krankheiten. Wir fanden in 97% eine negative Reaktion; von den zwei positiven Fällen (3%) war einer ein fieberhafter Typhus, der andere eine fieberhafte Erkrankung unbekannter Ursache. Von den negativen Fällen zeigten 15 eine positive WR.

Außer den sechs Typhusfällen, von denen einer stark, fünf schwach gegen Typhusbazillen als Antigen reagierten, zeigten noch, was hier gleich mit ausgeführt sein soll, zwei Gonorrhoefälle außer einer Gonokokkenablenkung noch eine solche gegen Typhus- und gegen Luesantigen, wovon einer ein sicherer Typhus war, während von dem anderen keine sicheren anamnestischen Angaben zu erlangen waren. Gegen Proteus reagierten zwei Typhusfälle (neben der Typhusablenkung) und ein mit Gonorrhoe und Lues gleichzeitig infizierter Kranker positiv, bei dem auch die Gonokokkenablenkung und die WR entsprechend positiv ausfiel. Bei vier Typhusbazillen ablenkenden Seris fiel auch die WR positiv aus. Da Typhus nicht zu den Erkrankungen gehört, wo eine unspezifische WR aufzutreten pflegt, so muß angenommen werden, daß es den Ausdruck luetischer Infektion darstellte.

Nach diesem Ausfall ist eine unspezifische Ablenkung gegen Gonokokken, die die Verwertung einer positiven Reaktion beeinträchtigen könnte, nicht zu befürchten.

Wenden wir uns nun den Ergebnissen bei unseren Gonorrhoepatienten zu:

Aus 109 Komplementablenkungen suchten wir die Frage nach dem Ablauf der Reaktion während der Dauer der Erkrankung zu gewinnen. 40 von diesen Fällen waren ohne Vakzine, 69 mit Vakzine behandelt worden. Wir verfolgten die Frage der Komplementablenkung zum Teil durch Einzeluntersuchungen an je einem Patienten, zum Teil durch mehrfache Untersuchungen an demselben Gonorrhoekranken und haben unsere Fälle nach der Dauer der Erkrankung in vier Zeitabschnitten geordnet.

I. 1—4 Wochen,
II. 4—8 „
III. 8—12 „
IV. über 12 Wochen bis zu 2 Jahren.

Unser Resultat ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

		I.	II.	III.	IV.
unbehandelt:	positiv	30%	66%	60%	63%
	negativ	70%	34%	40%	37%
behandelt:	positiv	51%	92%	90%	79%
	negativ	49%	8%	10%	21%

In Kurvenform, wie beistehend (Abb. 1) gezeichnet, scheint eine Gesetzmäßigkeit vorzuliegen, die sich in folgenden Sätzen ausdrücken läßt:

1. Der Prozentsatz der Infizierten, die in den ersten 4 Wochen bereits Schutzstoffe im Blut aufweisen, ist mäßig hoch (30—51%); er steigt

Digitized by Google

dann in den nächsten 4 Wochen steil an bis zum Höhepunkt (66—92 %), fällt weiterhin unbedeutend ab und hält sich dann ziemlich in dieser Höhe.

2. Die mit Vakzine behandelten Fälle zeigen einen erheblich höheren Prozentsatz an positiven Ablenkungen, und zwar einen um 50 % höheren als die unbehandelten (30, 66, 60, 63 % : 51, 92, 90, 79 %).

3. Auch in der zweiten Periode (4—8 Wochen), wo der Prozentsatz der positiven Ablenkungen auf dem Höhepunkt steht, zeigt ein Teil der Fälle keinerlei Komplementablenkung im Blut; vielmehr bleiben bei den unbehandelten ein Drittel der Fälle negativ, bei den behandelten ungefähr 8 %.

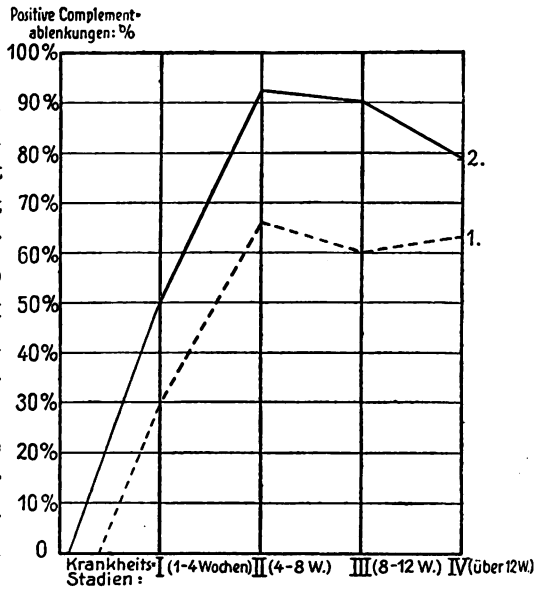


Abb. 1. Positive Komplementablenkungen.

1. Fälle ohne Behandlung (nach 107 Einzelreaktionen).
2. Fälle mit Mischvakzinebehandlung.

Es scheinen demnach bei Behandlung mit M.V. wie im vorliegenden Falle (die mit A.V. behandelten sind nicht zur biologischen Untersuchung gekommen) unsere Resultate die von Müller-Oppenheim erheblich zu übertreffen und sich denen von Burkas beschriebenen zu nähern.

Wir haben auch die Stärke der Komplementablenkung zur Beurteilung dieser Frage herangezogen und uns an die von der WR üblichen Bezeichnungen gehalten, die die Stärke der Komplementfixation normieren, und zwar je nach Stärke der Bindung + bis ++++. Aus 88 Einzelreaktionen, die auch wieder nach den obigen vier Stadien des zeitlichen Verlaufs der Erkrankung geordnet wurden, haben wir die Stärke der Reaktion auf Bruchteile der Anzahl der Kreuze bezogen und haben eine Unterscheidung nach unkomplizierten Fällen und solchen mit Komplikationen (Adnexitis, Prostatitis, Epididymitis, Arthritis) getroffen. Es handelt sich hier selbstverständlich im Gegensatz zu obiger Aufstellung nur um Fälle mit positiven Reaktionen.

Krankheitsstadien:		I.	II.	III.	IV.
unkompliziert	ohne Vakzine	2,12 +	2,52 +	2,6 +	3,3 +
„	mit „	2,2 +	2,6 +	2,8 +	3,3 +
kompliziert	ohne „	4,0 +	3,16 +	3,5 +	3,5 +
„	mit „	4,0 +	3,4 +	3,5 +	3,5 +

Digitized by Google

Die nebenstehende Kurve (Abb. 2), die die Tabelle zum Ausdruck bringt, zeigt deutlich bei den unkomplizierten Fällen das allmähliche Anwachsen des Immunitätsgrades von einer mittleren Reaktion in den ersten 4 Wochen zu einer starken Reaktion nach 12 Wochen. Bei komplizierten Fällen ist schon nach 4 Wochen der höchste Immunitätsgrad erreicht, sinkt nach 8 Wochen etwas ab und stellt sich dann auf ein Mittel zwischen beiden ein. Sehen wir von diesem Abwärtsknick in den ersten 8 Wochen ab und ziehen das Mittel daraus, so ist das Niveau von Anfang an bis über die Dauer der Krankheit fort fast dauernd zwischen 3,5—3,6+ gelegen, während bei der unkomplizierten Gonorrhoe erst nach 12 Wochen der Stärkegrad auf über 3 + ansteigt, aber auch hier unterhalb dem der komplizierten Fälle bleibt. Dieses Bild gibt einen klaren Einblick in die Beziehungen zwischen Erkrankungslokalisation und natürlicher Immunität. Die Schleimhautgonorrhoe, eine Erkrankung der Oberfläche mit dauernd freiem Abfluß und Ausschwemmung von gonokokken- und leukozytenreichem Sekret, führt erst allmählich im Gegensatz zur Gonorrhoe in geschlossenen Herden zur Anregung und Sensibilisation der im Körper schlummernden Reagine und läßt den Schluß allein offen, daß Resorptionsmenge des infektiösen Gonokokkenmaterials Richtung gebend für die Immunisationsprozesse ist. Das bei der offenen Gonorrhoe resorbierte Material reichert sich wahrscheinlich allmählich und nicht ebenso stark im Körper an, wie es bei der geschlossenen Gonorrhoe der Fall ist, wo schon im Anfangsstadium ein Maximum an Gonokokken-

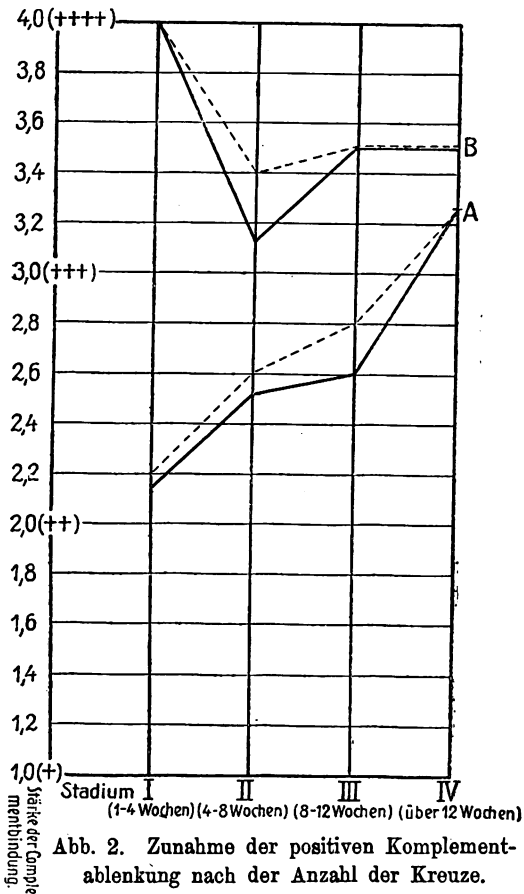


Abb. 2. Zunahme der positiven Komplementablenkung nach der Anzahl der Kreuze.

A ohne Komplikationen, B mit Komplikationen, ····· mit Mischvakzine, —— ohne Mischvakzine behandelt.

Digitized by Google

material aus den Krankheitsherden resorbiert wird und die Anregung zu stärkster Bildung von Reaginen gibt.

Für denselben Zusammenhang könnte auch die etwas stärkere Ablenkung bei den mit Vakzin behandelten Fällen im Gegensatz zu den unbehandelten sprechen. Nämlich erstens, daß allgemein die Einverleibung von Gonokokkenvakzine einen weiteren Reiz für Immunitätsstoffe abgibt, zweitens, daß dieser stärker sein muß bei den unkomplizierten Erkrankungen, weil noch weniger Gonokokkenmaterial aus den Herden bereits resorbiert ist.

Es erhebt sich nun sofort die Frage, welchen Zusammenhang die Menge der im Blut kreisenden Reaktionsstoffe mit dem klinischen Ablauf der Krankheit hat, und ob überhaupt diese Körper für den lokalen Prozeß von Bedeutung sind. Ziehen wir unsere Erfahrungen aus unserem Material heran, und ordnen unabhängig voneinander auf der einen Seite das Negativwerden der Gonokokken im Ausfluß und das Verschwinden der klinischen Symptome, auf der anderen Seite den Reaktionstiter, so sehen wir, daß in der Hälfte unserer Fälle (50%) das Ansteigen des Reaktionstiters mit dem klinischen Befund parallel geht. 6 Fälle haben wir in diesem Sinne in mehrfachen Versuchen verfolgt und sehen eine vollkommene Parallelität der Komplementbindung des Serums in vitro und der Heilung in vivo.

Zwei Beispiele sollen dies illustrieren:

	Komplementablenkung	Klin. Heilg.
1. Preller (Frau), krank seit Novemb.	8. I. +, 8. II. +++, 28. II. ++++	seit 8. II.
2. Schäfer „ ganz chron. Fall	20. I. +, 8. II. +++, 28. II. ++++	„ 13. II.

Die andere Hälfte der in diesem Sinne verfolgten Fälle zeigte einmal bakteriologische und klinische Heilung schon ehe sich eine wesentliche Komplementbindung bemerkbar machte und ebenso umgekehrt ein anderer Teil eine starke Komplementbindung, während noch klinisch Sekret mit Ausschwemmung von Gonokokken bestand, und schließlich in 2 Fällen (siehe oben erwähnt) ein Wiederauftreten von Gonokokken im Anschluß an die Menses, nachdem sie schon lange Zeit verschwunden waren, bei starker Komplementfixation. (Eine Anzahl von Fällen (11), in denen wir klinische Heilung und nur in einmaliger Untersuchung starke Komplementbindung beobachtet haben, müssen für weitere Schlußfolgerungen unberücksichtigt bleiben.) Nehmen wir hinzu, daß, wie schon mitgeteilt, behandelte und unbehandelte, noch floride und schon geheilte Gonorrhoefälle Komplementablenkung bis zu einem hohen Prozentsatz, abhängig von der Dauer der Erkrankung und dem

Digitized by Google

Bestehen von Komplikationen zeigten, so möchte wohl die Bedeutung der Parallelität des klinisch-bakteriologischen und serologischen Befundes der ersten Hälfte der Fälle gering sein und sich besser einordnen lassen, wie oben ausgeführt wurde, in der Richtung der Parallelität: von zeitlichen und lokalisatorischen Momenten der Krankheit mit der Menge der Reaktionskörper. Es wäre auch, was schon ein Blick auf die obige Kurve erkennen läßt, sonst nicht zu verstehen, warum bei einem so hohen Immunitätsgrad schon in den ersten 4 Wochen der komplizierten Fälle (4 Kreuze), die Heilung nicht schon in dieser Zeit, sondern erst allmählich eingetreten wäre. Die unzweifelhafte klinische Beobachtung, daß das Gonokokkenvakzin oft schlagartig das Krankheitsbild umstimmt, und andererseits die geringe Erhöhung des Titers der Ablenkungskörper bei der Vakzination der Komplikationen, wie sie sich oben auf unserer Kurve als eine geringe Überhöhung des Titers der natürlichen Immunität darstellt, zeigt keine überzeugende dem klinischen Bild entsprechende Parallelität. Wir kommen also zu dem Schluß, daß zwar die Komplementablenkungskörper durch Vakzine vermehrt werden, daß auch ein starker Gehalt an solchen Körpern im Serum und klinische Heilung meistens zusammen treffen, daß beide aber aus mehreren Gründen keine direkt ursächlichen Beziehungen zueinander haben, und nur deswegen in der Hälfte der Fälle in einer deutlichen, in $^1/_4$ in einer scheinbaren Parallelität zueinander stehen, weil sowohl klinische Heilung wie Bildung solcher Serumstoffe in gleicher Weise abhängig sind von dem zeitlichen Verlauf der Krankheit. Vielmehr muß die humorale Immunität von der lokalen Gewebsimmunität unterschieden werden, von denen die letztere mit der ersten nicht parallel zu gehen braucht, sondern mindestens zeitliche Differenzen angenommen werden müssen. Wohl aber besteht eine indirekte Beziehung indem entweder auf dem Umweg über die allgemeine humorale und allgemeine histogene Immunität sich die spezielle des kranken Gewebes ausbildet, oder indem nebeneinander beide, aber in verschiedener Stärke, zur Entwicklung kommen. Damit wird die serologisch nachweisbare Schutzstoffbildung nur zu einem Symptom und zu einem Indikator einer spezielleren Immunität des erkrankten Körpergewebes. Da wir nun in der überwiegenden Zahl der Fälle, in $^3/_4$ der Fälle, Vakzineinverleibung und Heilung klinisch und serologisch verfolgen können, so werden wir dem Vakzin eine besondere Bedeutung für die Heilung auch serologisch zuerkennen müssen. Und dies zeigt sich besonders auch darin — um einen negativen Beweis zu führen —, daß ein unbrauchbares Vakzin, wie z. B. das Arthigon, jene Heilungstendenz nicht bewirken kann, oder

Digitized by Google

daß ein Vakzin, wenn es altert, wie schon Buschke und Langer und wir bei unseren Versuchen es ebenfalls erfahren haben, nachdem es zuerst Reaktionen und Heilung verursachte, diese Eigenschaften allmählich verliert. Wir haben dieses Phänomen nun einer näheren Untersuchung unterzogen.

Das Altern wurde von uns neben den färberischen Beobachtungen von Schumacher, die wir in vollem Umfange bestätigen können, durch Mikro-Stickstoffanalyse verfolgt und festgestellt, daß bei mit 5% Karbol versetzter eigener Vakzine vom 12. Tage bzw. vom 20. Tage ab eine Abnahme des Stickstoffgehaltes auftrat, die in 5 Wochen auf die Hälfte und weiter bis auf $^1/_3$ des ursprünglichen Gehalts sank. Gonokokkenvakzine ohne Karbol halten sich erheblich länger auf ihrem ursprünglichen Stickstoffgehalt. Man muß also auf einen Abbau bis zum flüchtigen Ammoniak schließen. Es erklärt sich aus diesen grob quantitativen Verhältnissen der Abnahme der wirksamen Substanz die Abnahme der klinischen Einwirkung. In diesem Sinne ist, was wir hier einfügen wollen, die meist völlige Wirkungslosigkeit des Arthigons zu erklären. Das Arthigon, von uns in verschiedenen Flaschen untersucht, zeigte färberisch keine, oder nur ganz vereinzelte Trümmer von nur mit Fuchsin, nicht mit Methylenblau, färbbaren Gonokokken und niemals überhaupt einen Stickstoffgehalt. So unbrauchbar wie es als Antigen bei der Einverleibung in den menschlichen Körper sich erwies, so unbrauchbar zeigte es sich auch hinsichtlich seiner antigenen Eigenschaften in vitro. Wir haben bei unseren Komplementablenkungen es stets als Kontrollantigen neben unserem M.V. verwandt, und in 87% überhaupt keine Reaktion bekommen; in 9% eine schwache Reaktion von 1—2 +, in 2% +++ und in 1% ++++, während wir gleichzeitig mit M.V. starke Reaktionen in 63% mit +++ bis ++++ bekommen haben.

Also Gonokokkengehalt der einverleibten Vakzine und klinische Reaktion stehen in einer direkten Beziehung zueinander. Sollen wir die Wirksamkeit der Vakzine der eines unspezifischen Eiweißpräparates bzw. der eines unspezifischen Reizpräparates wie des Terpichins gleichsetzen? Nach unseren klinischen Erfahrungen entfalten Aolan und Terpichin zwar auch eine gewisse heilende Tendenz und verursachen ebenfalls schwächere allgemeinere Reaktionen, doch ist die heilende Wirkung erheblich geringer. Wir müssen daher annehmen, daß die Wirkung des Vakzins aus besonderen Ursachen eine spezifische ist, und stellen sie uns folgendermaßen vor.

Ein durch Bakterieneinbruch in Entzündung geratener Herd verhält sich biologisch anders als normales Gewebe. Dafür spricht, daß z. B. Arsen oder einverleibtes kolloidales Silber sich in solchen Herden, wie

Digitized by Google

z. B. Gummata oder Tuberkeln anzureichern pflegt, was vielleicht mit der stärkeren Hyperämisierung und Hyperlymphisierung (Zufluß) des betreffenden Gewebes einerseits, und verlangsamten Abfluß (Stase) andererseits zusammenhängen dürfte. In solchem Gewebe wird sich vermutlich auch ein Reizkörper wie Terpichin oder ein parenteral einverleibter und dadurch giftig wirkender Eiweißkörper anreichern, und eine gewisse Herdreaktion hervorrufen. Nehmen wir an, daß in einem solchen Herd die vorhandenen Bakterien und ihre Gifte in einem gewissen, wenn auch metastabilen, Gleichgewichtszustand mit dem in vermehrter Menge vorhandenen Gewebsflüssigkeit und dem Gewebszellenwall (Leukozyten, Histiozyten, Plasmazellen) stehen, so wird dieser durch das therapeutisch injizierte und im Herd angereicherte neue Gift (Terpichin, Eiweißkörper) gestört. Der neue Reiz verursacht eine Herdreaktion, d. h. eine Vermehrung der schon vorhandenen Abwehrkräfte, und es kann ein Übergewicht an diesen entstehen, die die Eliminierung der eingedrungenen Bakterien und Gesundung des Gewebes zur Folge hat. Ein mehr auf den toten Punkt angelangtes Gleichgewicht kann durch solche qualitative Umstimmung in einen neuen lebendigen Fluß gebracht werden. Da auch rein quantitative Verhältnisse hier eine Rolle spielen, wie das Unwirksamwerden einer mehr wirksamen Dosis bei der wiederholten Anwendung und das Wirksammachen durch Erhöhung der Dosis, so scheint diese physikalische Vorstellung des Wechsels vom stabilen und labilen Gleichgewicht zwischen eingedrungenem Gift und Körperkräften in einem Krankheitsherd Berechtigung zu haben.

Nach unserer Kenntnis von der äußerst subtil differenzierten Biologie der Gewebe und Zellen, besonders hinsichtlich ihres Fermentgehalts und ihres davon abhängigen Stoffwechsels, einschließlich ihrer Fähigkeit der Schutzkörperbildung, ist es sehr wahrscheinlich, daß in einem solchen Herd die gebildeten Schutzstoffe auf das chemisch-biologische Agens des krankmachenden Virus abgestimmt oder spezifisch eingestellt sind. Wird nun in Form des Vakzins dasselbe Virus, und zwar in nicht vermehrungsfähigem, sondern totem Zustand dem Körper einverleibt und im Herd angereichert, so werden in Reaktion auf dieses die spezifisch sensibilisierten histogenen und humeralen Abwehrstoffe in viel höherem Grade produziert werden, als wenn durch ein Gift allgemeiner Natur, wie Terpichin oder Eiweißkörper, die Zellreaktion gegen diese zu einer Erhöhung von Stoffwechsel und Zelltätigkeit führt, bei der gewissermaßen als Mitläufer auch die spezifisch gegen das vorhandene Virus differenzierten Schutzstoffe vermehrt werden.

Das ist der Grund, warum im allgemeinen ein wirksames Agens, wie ein unspezifisches Eiweiß- oder Reizpräparat, vielleicht auch auf

Digitized by Google

dem Umwege der Gewebseinschmelzung, nicht so starke Wirkungen bei einem in bestimmter Richtung schon sensibilisierten Gewebe verursachen kann, wie das gleiche Agens, das die Ursache dieser Sensibilisierung geworden ist, auch wenn es in abgetöteten nicht mehr lebendem Zustande als Vakzin einverleibt wird. Wenn wir dem Auftreten der im Körper kreisenden Reaktionsstoffe auch keine unmittelbare Bedeutung für den Heilungsvorgang zuerkennen können, so glauben wir doch, daß die lokale Bildung spezifischer Schutzstoffe und ihre Vermehrung durch das spezifische Agens des Gonokokkenvakzins in ursächlichem Zusammenhang mit der Heilung steht.

Daß die Spezifizität eine viel weitere und gewissermaßen individuellere sein kann, haben die Untersuchungen von Jötten gezeigt, die zur Forderung jedesmaliger Herstellung eines A. V. geführt haben. Auch wir haben die Überlegenheit der A.V. beobachtet und sehen darin einen weiteren Beweis in der Richtung unserer oben angestellten Überlegungen.

Nachdem wir damit unsere Untersuchungen und Befunde immer unter dem Gesichtspunkt der Heilung betrachtet haben, wollen wir noch einen Rückblick darauf unter dem Gesichtspunkt der Diagnose werfen. Hier interessieren hauptsächlich chronische Fälle. Arthritiden und Adnexitiden. Beide der spezifischen Therapie besonders zugänglich, wenn sie auf gonorrhoischer Grundlage entstanden sind und bestehen, erfordern deswegen gerade die Klärung der Ätiologie. Wir sahen auf unseren in Kurven aufgeschriebenen Tabellen, daß von den unbehandelten chronischen über 12 Wochen alten Fällen 63% eine positive Komplementablenkung zeigten, und daß von den komplizierten chronischen, spezifisch unbehandelten Fällen, diese 63% im Durchschnitt eine sehr starke Reaktion mit drei und ein halb zeigten (oder sogar schon von 4 Wochen an 66—63% positiv mit 3,16—3,5 Kreuzen). Das ist immerhin ein hoher Prozentsatz mit starker Reaktion, der dazu auffordern muß, besonders im Hinblick auf die Möglichkeit einer sehr erfolgreichen Therapie, diese Serumuntersuchung in jedem gonorrhoeverdächtigen Fall anstellen zu lassen. Dazu kommt, daß es bei älteren Fällen mühsam und meist vergeblich, häufig auch in der Deutung unsicher ist, sich auf das Auffinden von Gonokokken im etwa abgesonderten Sekret verlassen zu wollen. Wir haben daher auch in dieser Richtung, sämtliche Patienten der gynäkologischen Abteilung, bei denen stets die WR angestellt wird, eine Zeitlang der Komplementbindung gegen Gonokokkenantigen unterzogen und unter diesen eine Reihe positiv reagierender Fälle gefunden, bei denen die klinische Beobachtung, oder der Erfolg einer spezifischen Therapie, oder auch der Befund von Gonokokken im

Digitized by Google

Zervixsekret nach mehrfachem Suchen unseren serologischen Befund bestätigt hat.

Der diagnostische Wert der Gonokokken-Komplement-Ablenkung ist dahin zu präzisieren, daß eine stärkere positive Reaktion in jedem Fall beweisend ist, da unspezifische Ablenkungen nach unseren obigen Mitteilungen kaum vorkommen (weder von WR-Positiven, noch von Typhus-R.-Positiven, noch von Gesunden), daß allerdings $^1/_3$ der mit Gonorrhoe Infizierten auch mit dieser biologischen Untersuchungsmethode der positiven Feststellung entgehen. Verglichen mit dem Erfolg der WR bei der floriden Lues II ist das ein mäßiges, bei der latenten Lues und der Metalues ein durchaus günstiges Resultat.

Es muß daher die Gonorrhoe-Komplementbindung als diagnostische Methode empfohlen werden.

Literatur:

1. Simon, M. m. W., 1912, Nr. 51. — 2. Steinmetz, Ther. d. Gegenw., 1913. — 3. Rohr, Derm. W., 1914, S. 1033. — 4. Frey, Dissertation, Leipzig 1921. — 5. Schumacher, Derm. W., 1922, Nr. 10. — 6. Buschke und Langer, Derm. W., 1921, Nr. 3. — 7. Jötten, Derm. W., Bd. 72, Nr. 16. — 8. Jötten, Derm. W., 1921, Nr. 13. — 9. Jötten, Zschr. f. Hyg., Bd. 92, Nr. 1. — 10. Buschke und Langer, M. m. W., 1922, Nr. 3 und M. Kl., 1922, Bd. 51. — 11. Schumacher, Derm. W., Bd. 74, Nr. 10. — 12. Buschke und Langer, D. m. W., 1922, Bd. 38. — 13. Buschke und Langer, Kl. W., 1922, Bd. 3. — 14. Jötten, Derm. W., Nr. 16. — 15. Buschke und Langer, Derm. W., Bd. 72, Nr. 14. — 16. Burckas, Derm. W., 1921, Bd. 37. — 17. Frey, Dissertation, Leipzig 1921. — 18. Mohr, Dissertation, Tübingen 1920. — 19. Oswald, Derm. Zschr., H. 4. — 20. Tague und Torray, Zschr. f. Hyg., 1921, Bd. 2, S. 90. — 21. Jötten, Zschr. f. Hyg., 1921, Bd. 2, Nr. 90. — 25. Fürst, M. m. W., 1920, Nr. 53. — 22. Capelli (Florenz), Derm. W., S. 1063, Ref. — 24. Thomas H. Cherry und Salvatore du Palma, Derm. W., 1921, S. 1167, Ref.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 143, H. 3.

Dominant vererbter ausgedehnter Naevus pigmentosus. Ein Beitrag zur Vererbungsfrage der Naevi, von A. Holländer, Med. Klin. Düsseldorf. S. 329. Verf. beschreibt vier Fälle, Vater und alle drei Kinder, von ausgedehntem Naevus pigmentosus. Die Fälle stimmen im allgemeinen im Aussehen mit dem Falle Fabrys von seltenem Naevus spilus überein. Bemerkenswert ist, daß im Gegensatz zu Fabrys Fall die Hauptmasse des Pigments im Strat. basilare und nur wenig Pigment im Korium

Digitized by Google

und Strat. spinosum zu finden ist. Verf. folgt der Ansicht MEIROWSKYS und sieht den Nävus als idiotypisch bedingte Veränderung der Haut an, die in den beschriebenen Fällen dominant vererbt ist.

Über Abortivbehandlung der Syphilis durch eine kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur, von S. SILBERSTEIN, Univ.-Klin. Königsberg. S. 334. Verf. unterzieht die Ergebnisse der abortiven Behandlung der frischen Luesstadien aus den Jahren 1910 bis 1916 mit den bekannten Serienkuren nach SCHOLTZ einer kritischen Betrachtung. Er rühmt die gute Verträglichkeit und die kräftige Wirkung des serienweise verabfolgten Salvarsans, besonders des Altsalvarsans in großer Menge Lösungsmittel und legt Wert auf eine gleichzeitige starke Quecksilberbehandlung. Prozentual fanden sich folgende Ergebnisse: 1. Bei seronegativer Primärlues 97% Heilungen (Privatpraxis 100%). 2. Bei teils seropositiver Primär-, teils sekundärer Lues 84% Heilungen (Privatpraxis allein 87%). 3. Bei Patienten mit vollständig durchgemachter Serienkur konnten Quartärerscheinungen nicht festgestellt werden. Bei 7 Patienten mit unvollständiger bzw. zu spät eingeleiteter Serienkur sind Quartärerscheinungen mit verkürzter Latenzzeit aufgetreten.

Weitere Beiträge zur Kenntnis des „Erythema chronicum migrans", von B. LIPSCHÜTZ. S. 365. Bei einem 16jähr. Mädchen hat die Erkrankung ihren Ausgang von zwei handtellergroßen Erythemringen am Knie genommen. Nach Stehen in der Kälte ist die scharfe Abgrenzung deutlich sichtbar. Im befallenen Hautgebiet besteht mäßige Zyanose und geringgradige Hyperpigmentierung. Außerdem klagt Pat. über Parästhesien im erkrankten Bein. Nach 3 Monaten reichte der Saum der Ringe nach oben bis zur Trochanterhöhe, nach unten bis zum Malleolus. Die vorher getrennten Erythemringe gingen ineinander über und umfaßten kreisförmig die untere Extremität. Im weiteren Verlauf bildeten sie eine ausgesprochene Ellipse. Nach $1^1/_2$ Jahren war nur noch geringfügige Zyanose der Haut, sonst nichts mehr von dem bestandenen Erythem zu sehen. Verf. legt für die Diagnose großes Gewicht auf die Chronizität des Leidens und auf das langsam vor sich gehende Wandern des Erythemsaumes. Multiple Erythemringe sprechen nicht gegen die Diagnose. Ätiologisch wird ein noch nicht näher erforschter Infektionskeim zugrunde gelegt. Histologisch liegen bis jetzt bemerkenswerte Befunde nicht vor.

Über medizinische Seifen, von H. KIONKA, Pharm. Inst. Jena. S. 375. Verf. hat im besonderen seine eingehenden Untersuchungen an der Obermeyerschen Herbaseife durchgeführt. Er hat gerade diese gewählt, weil sie einerseits eine Seife von bekanntem therapeutischem Wert ist, andererseits weil die der ursprünglichen Seife zugesetzten pflanzlichen Extrakte an sich in der bei der Verwendung der Seife in Frage kommenden Konzentration von nur untergeordneter pharmakologischer Wirksamkeit sind, aber von großem Einfluß auf die Wirkungen, welche der Seife als solche zukommen. Die Gesamtwirkung der Herbaseife wird bestimmt durch vermehrte Schaumbaltigkeit, gesteigerte Desinfektionskraft, chemotaktische Wirkung, durch vermehrte Hydrolyse gesteigerte Alkaleszenz der Seife, Veränderung der Löslichkeit und des Gelierungsvermögens. Hierdurch wird die Verträglichkeit der Herbaseife wesentlich erhöht und die reinigenden und desinfizierenden Eigenschaften der als Ausgangspunkt dienenden besonders reinen Kernseife können zur vollen Entfaltung kommen.

Literarisch-statistische Untersuchungen über die einfache und die dystrophische Form der sog. Epidermolysis (autonome Bullosis mechanica), von WERNER SIEMENS-München. S. 390. Wenn man als Kriterium des kausalen Zusammenhangs zwischen zwei erblichen Leiden die Feststellung einer statistischen Häufung beider Leiden bei der gleichen Person bzw. bei verschiedenen Personen der gleichen Familie annimmt, so sind diese Bedingungen bei der einfachen und bei der dystrophischen Epidermolysis

Digitized by Google

nicht erfüllt. Unter 600 Fällen aus 242 Familien findet sich kein einziger sicherer Fall von Zusammenvorkommen beider Krankheitsformen in einer Familie. Es sind zwar klinisch verwandte, ätiologisch aber wesensverschiedene Krankheiten. Die Verschiedenheit des Vererbungsmodus (neben sicher dominanten werden sicher nichtdominante Fälle angetroffen) beweist, daß hier das gleiche Symptomenbild auf Grund ganz verschiedener idiotypischer Strukturdifferenzen entstehen kann. Atrophien ohne Nagelveränderungen und Schleimhautbeteiligung kommen der Regel nach nicht vor. Die dystrophischen Symptome werden bei den Geschwister- und Konsanguinitätsfällen am häufigsten, bei den solitären Fällen weniger häufig, bei den familiären noch seltener, bei den durch mehr als 3 Generationen erblichen am seltensten angetroffen. Ob außerdem Beziehungen zwischen dem klinischen Bilde und dem Erbgang einerseits, dem histologischen Befunde andererseits bestehen, läßt sich an dem bis jetzt vorliegenden Material nicht entscheiden.

Über eine seltene Erkrankung der Haut mit Schleimanhäufungen, von Tryb-Brünn. S. 428. 36jähr. Bauersfrau, die vor 4 Monaten ihr erstes, gesundes Kind gebar. Mitte der Schwangerschaft bekam sie einen dicken Hals und wurde heiser. Unter gelber Salbe wurde der Hals vor der Entbindung schmäler, jetzt nur noch als taubeneigroßer Tumor tastbar. Ungefähr 1 Monat nach der Geburt traten nach einer fieberhaften Erkältung unter mäßigem Jucken an den Streckseiten der oberen Extremitäten, den Beugeseiten der Oberschenkel und Streckseiten der Unterschenkel papulöse, hirsekorngroße, schneeweiße Knötchen auf, teils vereinzelt, teils gruppiert ohne jede Entzündung. Die Lokalisation war deutlich symmetrisch. Entweder verschwanden die Knötchen nach einigen Wochen spurlos oder sie verschmolzen teilweise miteinander zu einer entzündlichen linsengroßen Papel; allmählich kam es zu einer zentralen Eiterung mit Schorfbildung, nach dessen Abheilung eine Narbe zurückblieb. Nach achtmonatigem Bestehen verschwanden alle Effloreszenzen unter kleinen Arsendosen und Reizröntgenstrahlen. Der übrige Körperbefund ist o. B. Das histologische Bild der kleinsten Knötchen zeigt vollständig normale Epidermis. Die Kutis zeigt leichtes Ödem des Bindegewebes (Mastzellenvermehrung), starke herdweise Basophilie des Kollagens, deutliche Vermehrung der Kerne, interfibrilläre Anhäufung einer tinktoriell als Schleim zu bezeichnenden Masse. Bei den bereits hanfkorngroßen Knötchen treten die geschilderten Gewebsveränderungen in stärkerem Maße hervor. Das klinische Kulminationsstadium zeigt auch histologisch das Maximum sämtlicher beschriebener Veränderungen. Die Schleimmassen füllen die ganze Kutis aus, jedoch ist die Papillaris stets frei und ihr Bindegewebe ist, abgesehen von einer starken zellulären Vermehrung, fast normal. Bakteriologisch blieben sämtliche Röhrchen, die mit Schleimknötchengewebe inokuliert waren, steril. Meerschweinchen, denen ein Extrakt der Schleimmassen intraperitoneal injiziert wurde, blieben monatelang gesund. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei diesem Fall um eine Dysfunktion der Thyreoidea, welche durch die Schwangerschaft provoziert wurde und sich später wieder ausglich. Er glaubt, das Krankheitsbild dem „atypischen tuberösen Myxödem" Dössekers angliedern zu können.

Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung durch Wismutpräparate. Untersuchungen über die Behandlung mit Airol (Bismut. oxyjodogallic.), von S. Nicolau und M. Blumental-Bukarest. S. 446. Die Pat. haben jeden 3. Tag 2 ccm einer 2%igen sterilen Suspension von „Airol-Roche" in Olivenöl intraglutäal erhalten, im ganzen starke Männer 10—12 Injektionen, schwache Männer und Frauen 8—10. Die meisten Pat. haben nur eine einzige Kur, wenige nach 6—8 Wochen eine zweite Kur von 8—10 Einspritzungen durchgemacht. Örtlich werden die Einspritzungen selbst von empfindlichen Pat. klaglos ertragen. Tägliche Nachuntersuchungen mittels Röntgenbild haben ergeben, daß die Resorption des Depots etwa vom 4. Tage an beginnt

Digitized by Google

und erst nach einem Zeitraum von 16 Tagen vollständig ist. Seitens des Mundes erfreut sich das Airol einer großen Verträglichkeit bei gutem Gebiß und richtiger Mundpflege. Gutartige Nierenreizungen können plötzlich, meist von der 7. Injektion an, auftreten, klingen aber nach Aussetzen der Behandlung leicht ab. Bei früherer Niereninsuffizienz ist Airol kontraindiziert. Bei 34 mit Airol behandelten Kranken ist nur ein Ikterus aufgetreten. Oberflächliche klinische syphilitische Erscheinungen heilen nach 2—3 Einspritzungen, tiefere Gewebsverluste bedürfen 5 und mehr. In mehr als $^1/_3$ der Fälle von frischer Primär- und Sekundärlues war die WR schon nach einer einzigen Kur negativ. Serologische Erfolge bei tertiärer Syphilis waren selbst nach 2 Kuren nur selten zu verzeichnen. Leider fehlen infolge Fernbleibens der Pat. dauernde serologische Kontrollen, so daß ein Urteil über Dauererfolge nicht gefällt werden kann. Airol kann unter die besten Wismutpräparate gerechnet werden. Es zeichnet sich unabhängig vom Stadium der Infektion durch die rasche Resorption und Vernarbung der verschiedenen Haut- und Schleimhautläsionen der Syphilis aus und übt eine gute und rasche Wirkung auf die WR aus. Es ist dem Quecksilber sicher überlegen, bleibt aber im Vergleich zum Salvarsan einen gewissen Schritt zurück.

Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. III. Gefäßmäler und Teleangiektasien, von K. Henle, Derm. Univ.-Kl. München. S. 461. Bei sehr ausgedehnten und bei kavernösen Gefäßmälern wurde familiäres Auftreten bisher so selten beobachtet, daß die Frage der idiotypischen Bedingtheit offen bleiben muß. Ob kleinere solitäre Gefäßmäler idiotypisch bedingt sind, läßt sich aus der Literatur nicht ersehen. Die multiplen Teleangiektasien sind in ätiologischer Beziehung teils paratypischer, teils idiotypischer Natur. Im letzteren Falle können sie rezessiv sein oder dominant. Zu den dominanten Teleangiektasien gehört die teleangiektatische Wangenröte. Das vererbungsbiologische Verhalten der blassen Feuermale am Nacken und Kopf ist noch unbekannt. Die multiplen Teleangiektasien des Gesichts und der Schleimhäute, die mit Epistaxis verbunden sind (teils bei der gleichen Person, teils bei anderen Personen der gleichen Familie), sind dominant erblich. Über das Verhältnis der Geschlechter läßt sich sagen, daß der für Gefäßmäler oft behauptete Unterschied zugunsten der Weiber bei den dominant erblichen Teleangiektasien nicht zu konstatieren ist.

G. Assmann-Barmen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Zur Frage der Primäraffekte an den inneren weiblichen Genitalien, von K. Herold-Jena. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 33, S. 1324.) Primäraffekte der Zervix und noch mehr die des Endometriums gehören zu den Raritäten. Weitaus häufiger werden sie an der Portio gefunden, und zwar der physiologischen Lage entsprechend zumeist an der vorderen Muttermundslippe. Verf. beschreibt zwei von ihm beobachtete derartige Fälle. Differentialdiagnostisch kommt die einfache Erosion, Tuberkulose und Karzinom in Frage. Bei der histologischen Untersuchung ist eine Verwechslung mit Sarkom möglich.

F. Landauer-Berlin.

Der histologische Nachweis der Liquordiffusion in der Pia und im Nervenparenchym bei der Paralyse, von W. Gennerich. (M. m. W., 1923, Nr. 17, S. 525.) Ein Leichenversuch. Nach endolumbaler Einverleibung von Ferrozyankaliumlösung wurden Rückenmark und Gehirn des Paralytikers herausgenommen und in Kupfersulfat-

Digitized by Google

lösung gelegt. Hierdurch entstand ein brauner Niederschlag von Cupriferrozyanid. An den Stellen infiltrativer Verdickung der Pia und Verwachsung mit der Rinde fand sich die braune Verfärbung, welche sich in verschiedene Tiefe des Parenchyms erstreckte; stellenweise, und zwar an den Rändern der Piaverwachsung nur in den beiden oberen Schichten, mehr gegen die Mitte zu dagegen auch in 3. und 4. Schicht. In der Pia ist der Niederschlag an der kranken Stelle ziemlich gleichmäßig, im Gehirn dagegen mehr häufchenförmig. Eine Beziehung dieser ziemlich gleichmäßig über Fasern und Zellen ausgestreuten Anhäufungen zu den Gefäßen ist nicht gegeben. An den größeren Gefäßen dringt der Niederschlag nur bis in die Adventitia. Wo lediglich die Pia syphilitisch erkrankt ist und Auflockerung des Bindegewebes und Verwachsung mit der Gehirnsubstanz fehlen, fehlt jeder Farbenniederschlag. Das gleiche gilt für normale Gehirn- und Piastellen. Je nachdem nun die Pia oder oberflächlich auch das Parenchym oder endlich dieses in größerer Tiefe ergriffen ist, verringern sich die Aussichten der endovenösen Salvarsanbehandlung und wird auch die endolumbale weniger aussichtsreich. Auf die Randpartien hat aber auch die erstere Methode noch wohltätigen Einfluß und ist nicht zu entbehren. Verf. setzt ausführlich seine bekannten Anschauungen über die Genese der Metalues auseinander und empfiehlt die Doppelpunktionsmethode.

A. v. Notthafft-München.

Hebephrenie und Arsenobenzol (Hébéphrénie et Arsénobenzol), von M. Page-Bellevue. (Presse méd., 1923, Nr. 76.) Bei 5 Fällen von Dementia praecox (3 Mädchen, 2 Jünglinge) hat Verf. mit Verabreichung von Arsenobenzol erstaunlich günstige Resultate erzielt: 2 Fälle (schon früher publiziert) sind seit 7 bzw. 2 Jahren als genesen wieder bei ihren Familien; weitere zwei sind als geheilt entlassen, und einer ist, wesentlich gebessert, noch in Behandlung. Erbliche Belastung mit Syphilis wurde bei vier in mehr oder minder hohem Grade nachgewiesen; bei einem konnte aus äußeren Gründen die Frage nicht entschieden werden. Die Behandlung bestand in wöchentlichen Injektionen intravenös bzw. subkutan bis zum Verbrauch von 7,50 Arsenobenzol.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Lues congenita in der dritten Generation, von H. Schweizer-Graz. (Arch. f. Kindhlk., 1923, Bd. 73, H. 2/3, S. 140—141.) Übertragung von einer kongenital luetischen, nicht reinfizierten Mutter auf ihr Kind; kongenitale Lues der Mutter durch Aussage des Arztes, der sie nach der Geburt behandelte, sichergestellt. Gegen Möglichkeit einer akquirierten Lues sprechen Fehlen aller anamnestischen Anhaltspunkte, negative WR des Ehegatten sowie Vorhandensein der gleichen Verhältnisse bei der Schwester und Mutter.

H. Soltmann-Leipzig.

c. Ätiologie und Diagnose.

Über den Einfluß niederer Temperaturen auf Kulturen von Spirochaeta pallida, von W. Krantz, Univ.-Hautkl. Köln. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 628.) Kulturen vertragen tagelang niedere Temperaturen, sogar das Einfrieren. Bei Zimmerwärme kann man sie zur Vermehrung bringen. Es kann aber sein, daß bewegungslos gewordene Spirochäten nicht mehr lebendig sind und daß die Weiterzüchtung aus solchen Kulturen von beweglich gebliebenen aus erfolgt, die sich dem Nachweis entziehen. Die vielen auffallend kurzen Spirochäten erklären sich vielleicht als Teilungserzeugnisse und Folgen verminderten Wachstums. In höherer Temperatur wachsen sie dann vielleicht wieder aus. Verf. sieht in seinen Befunden eine Bestätigung der Angaben derjenigen, welche lange nach dem Tode die Spirochäten noch in den Leichen gefunden haben, erklärt aber nicht, daß Ansteckungen bei Sektionen so gut wie nicht vorkommen.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Über den Einfluß niederer Temperaturen auf Kulturen von Spirochaeta pallida (Bemerkungen zur Arbeit von W. Krantz in M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 628), von A. Kissmeyer-Kopenhagen. (M. m. W., 1923, Nr. 24, S. 775.) Bei einer Temperatur von + 2° C im Eiskeller gingen Spirochätenkulturen in einigen Tagen zugrunde, während von einer 3 Monate bei — 16° gehaltenen Kultur noch erfolgreich abgeimpft werden konnte. Die Spirochäten würden hiernach also eine sehr niedrige Temperatur besser als eine verhältnismäßig mäßige vertragen. A. v. Notthafft-München.

Zur Kritik der Lues latens-Diagnose sowie einige Bemerkungen zur Lumbalpunktion, von Willy Schmidt-Leipzig. (M. m. W., 1923, Nr. 25, S. 798.) Man soll bei jeder Syphilis die Spinalflüssigkeit untersuchen, um eine latente Meningitis zu finden. (Verf. lehnt den von Nast eingeführten Namen Liquorlues mit Recht ab, bezeichnet aber auch den Ausdruck Meningorezidiv als ungenau.) Die Spinalpunktion darf nur mit Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln ambulant gemacht werden, gelingt aber dann i. d. R. ohne ein Mehr an Nebenerscheinungen. Der Meningismus entsteht in einem Teile der Fälle wohl durch nachträgliche Aussickerung von Flüssigkeit aus dem verletzten Durasack ins Gewebe. A. v. Notthafft-München.

d. Serologie.

Zur Theorie des serologischen Luesnachweises, von H. Sachs, Inst. f. exper. Krebsforsch. Heidelberg. (M. Kl., 1923, Nr. 35, S. 1200.) Das Syphilitikerserum wird nicht durch die erhöhte Fällbarkeit der Globuline charakterisiert, sondern durch seine Eignung, mit dem Organextrakt so zusammenzuwirken, daß ein globulinfällender Einfluß entsteht. Zu unterscheiden ist 1. eine primäre, im Serum vorhandene Globulinveränderung als Ausdruck einer Labilitätssteigerung, die für Lues nicht charakteristisch ist, und 2. eine sekundäre durch Antigen-Antikörperwirkung bzw. durch das beim serologischen Luesnachweis gegebene Zusammenwirken von Organextrakt und Luesserum entstehende Dispersitätsvergröberung. E. Levin-Berlin.

Die Häufigkeit von positivem Liquorwassermann neben positivem Blutwassermann, von K. Eskuchen. (M. m. W., 1923, Nr. 17, S. 527.) Negative Blut-WR kann sich bei alten Formen der Lues des Zentralnervensystems, insbesondere auch bei der Paralyse, finden. In einem relativ großen Prozentsatz der seronegativen Fälle (bei 33 Fällen = 34% von 97 Seronegativen einer Serie von 346 eigenen Fällen) ist die WR im Liquor positiv. Es ist daher neben der Blutuntersuchung auch die regelmäßige Liquoruntersuchung zu fordern, zumindestens bei negativer Blut-WR. Das von Eicke und Löwenberg festgestellte unterschiedliche Verhalten der WR im aktiven und nichtaktiven Liquor macht in Zukunft die Untersuchung des Liquors im aktiven und im inaktivierten Zustand wünschenswert, um Klarheit über die diagnostische und prognostische Bedeutung dieser Erscheinung zu erhalten. A. v. Notthafft-München.

Positiver Ausfall der Wassermann-Reaktion im Verlauf einer Staphylokokkensepsis, von A. Storp-Essen. (D. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1014—1015) Mitteilung eines Falles, bei dem die WR, solange septische Temperaturen bestanden und Staphylokokken im Blute nachweisbar waren, positiv ausfiel, während sie nach Abklingen der Temperatur und Verschwinden der Bakterien aus dem Blute negativ wurde.

F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über die Ursache der negativen Wassermann-Reaktion des Kaninchenliquors, von F. Plaut und P. Mulzer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 24, S. 762.) Schlußsatz: Der Kaninchenliquor vermag die komplementbindende Wirkung, die der positiven WR zugrunde liegt, abzuschwächen bzw. aufzuheben. Diese Beobachtung macht es wahrscheinlich, daß in der krankhaften Spinalflüssigkeit syphilitischer

Digitized by Google

Kaninchen die positive WR durch diese Eigenschaft verdeckt wird. Das negative Verhalten besagt somit nichts gegen den syphilitischen Ursprung von nervösen Erkrankungen syphilitischer Kaninchen. A. v. Notthafft-München.

Über Komplementkonservierung durch Trocknung, von H. Königsfeld-Freiburg i. Br. (Klin. Wchschr., 1923, Nr. 35, S. 1649.) Verf. hat nach einer Methode, die in der kurzen Mitteilung nicht angegeben ist, Komplemente getrocknet und hat feststellen können, daß dieselben lange Zeit — nach einem Versuch 1 Jahr 13 Tage — haltbar sind, ohne in ihrer Komplementwirkung irgend etwas einzubüßen.

E. Langer-Berlin.

Versuche mit den neuen cholesterinfreien Meinicke-Extrakten zur Syphilistrübungsreaktion, von H. Deicher-Hannover. (D. m. W., 1923, Nr. 31, S. 1015.) Die MTR zeigte in 88,75% Übereinstimmung mit der WR, in 7,75% unspezifische Reaktionen, davon nur in 2% mit beiden Extrakten. F. Harry-Wiesbaden.

Die Brauchbarkeit der Meinickeschen Trübungsreaktion (mit cholesterinfreien Balsamextrakten) im Vergleich zur Wassermannschen und Sachs-Georgischen Reaktion, von A. Holländer und B. Funccius, Hautabt. d. Städt. Krankenanst. u. path.-bakt. Inst. Elberfeld. (M. Kl., 1923, Nr. 36, S. 1233—1234.) Die MTR ist nur als Ergänzungsreaktion zur WR anzusehen, nicht als selbständige Reaktion ohne gleichzeitige Ausführung der WR. Sie scheint eine größere Reaktionsbreite als SGR und DR zu haben, auch fällt diesen gegenüber ihre frühere Ablesbarkeit ins Gewicht.

E. Levin-Berlin.

Eine Formolkontrolle bei der Meinicke-Flockungsreaktion (DM) zum Luesnachweis, von C. Sonnenschein, Hyg. Institut Köln. (M. m. W., 1923, Nr. 21, S. 622.) Die Kontrolle ist eine Eigenserumextraktkontrolle. Der serologische Syphilisnachweis ist hierdurch sicherer und objektiver zu erbringen und die serologische Frühdiagnostik erleichtert. A. v. Notthafft-München.

Die Meinickesche Luestrübungsreaktion mit cholesterinfreien Balsamextrakten, von H. Bering, Bakt. Inst. Jena. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 6, S. 478—480.) Die MTR wurde an etwa 400 Seris geprüft und zeigte außerordentlich zufriedenstellende Resultate. Sie ist im allgemeinen schärfer als die WR, DM und Bruckssche Methode und fällt niemals unspezifisch aus. Zweckmäßig erscheint es dem Verf., die Reaktion außer nach 1 Stunde noch nach 15—18 Stunden mit dem Agglutinoskop abzulesen, da sich in vereinzelten Fällen das positive Resultat nach der 2. Ablesung herausgestellt hat. Die MTR und die DM gleichzeitig angestellt ergeben eine größere Sicherheit des Ergebnisses, als es mit der WR allein oder in Verbindung der WR mit einer Flockungsreaktion zu erreichen ist. F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über die Brauchbarkeit der Ausflockungsreaktion nach Bruck zur Luesdiagnose, von Alice Kressler, Bakt. Inst. Jena. (Zbl. f. Bakt., Bd. 90, H. 6, S. 488—490.) Die Reaktion nach Bruck zeigte in 93,1% Übereinstimmung mit der WR und in 90% mit der DM. In 5,3% war Bruck positiv, WR negativ, in 8,9% Bruck positiv, DM negativ, während in 1,6% Bruck negativ, WR + und in 2,4% Bruck negativ und DM positiv ausfiel. Die Resultate mit aktivem Serum gaben durchweg schwächere Ausschläge als die mit inaktivem Serum. Unspezifische Resultate wurden nicht beobachtet. Die Reaktion nach Bruck ist der SGR und DM gleichwertig, durch die Einfachheit der Ausführung jedoch ihnen überlegen. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Weichbrodtsche Sublimatreaktion, von E. Sahlgren-Stockholm. (M. m. W., 1923, Nr. 22, S. 703.) Die Reaktion ist nicht spezifisch für Syphilis. Die Sublimatlösung ist kein Ersatz des Mastixsols. Der positive Ausfall der Weichbrodt-

Digitized by Google

schen Reaktion ist nicht ein unter pathologischen Verhältnissen auftretendes Eiweiß, sondern an Menge und Mischungsverhältnis von Euglobulin, Pseudoglobulin und Albumin gebunden. A. v. Notthafft-München.

Rasche Niederschlagsphase der Kahnschen Syphilisreaktion mit einer neuen Methode, die Resultate anzuzeigen (Rapid Precipitation Phase of the Kahn Test for Syphilis With New Methods for Indicating Results), von R. L. Kahn-Lansing, Mich. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 2, S. 88.) Diese neue Modifikation der WR soll vor allem zwei Nachteile der letzteren vermeiden: 1. daß die schwächeren Serumproben eine lange (über Nacht) Inkubationszeit beanspruchen, um einen Niederschlag hervorzurufen und 2. gelegentlich Serumproben von aktiver Syphilis trotz Anwendung eines anscheinend sehr sensiblen Antigens negative Reaktion ergeben. Die Hauptkriterien vorliegender Modifikation sind folgende: 1. hohe Konzentration des Antigens, 2. Anwendung eines unverdünnten Serums, 3. geeigneter physikalischer Zustand der Antigen-Salzmischung, was erreicht wird, indem man dem Antigen die geringste Menge physiologischer Kochsalzlösung, die einen entsprechenden lipoidalen Niederschlag hervorrufen kann, beifügt, 4. geeignetes quantitatives Verhältnis zwischen Serum und Antigen-Salzmischung, was die Anwendung von drei bis vier gleichen Serummengen in einer Reihe von Reagenzien mit verschiedenen Mengen von Antigenmischung erfordert. Mindestens 95% der Reaktionen mit dieser neuen Methode sind fünf bis zehn Minuten nach der Mischung des Serums mit der Antigen-Salzlösung vollendet und die schließliche Ablesung wird nach ungefähr einstündiger Inkubationszeit vorgenommen. Drei gleiche Mengen Serum werden bei jeder Probe mit wechselnden Mengen der Antigenmischung angesetzt. Die schließliche Reaktion ist hauptsächlich eine der folgenden: 1. Niederschlag mit allen Mengen der Antigenmischung, 2. Niederschlag mit der größeren Menge derselben und negativ mit kleineren Mengen, 3. Niederschlag mit letzteren und negativ mit den größeren Mengen oder 4. keinerlei Niederschlag mit größeren oder kleineren Mengen. Der Grad der Reaktion mit den größeren und kleineren Mengen der Antigenmischung ist, wie wohl anzunehmen ist, ein Fingerzeig für den klinischen Zustand des Pat. Die Erfahrungen, die an etwa 2000 Serumproben gewonnen wurden und etwa 95% positive Resultate ergaben, zeigten die Brauchbarkeit dieser innerhalb einer Stunde abzulesenden Reaktion. M. Stern-München.

Die Kahnsche Niederschlagsreaktion auf Syphilis (The Kahn Precipitation Test for Syphilis), von Janet A. Holmes-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 4, S. 294.) Die Kahnsche Modifikation wurde an 1000 Patienten im Wassermann-Laboratorium der Washington Universität ausgeführt, und zwar alle Arten von Fällen einschließend, klinisch positive und negative, zweifelhafte und eine große Anzahl lange Zeit behandelter. Die Resultate zeigen eine sehr nahe Verwandschaft mit der ursprünglichen WR, wobei aber die Kahnsche eine größere Empfindlichkeit, besonders in behandelten Fällen, aufweist und den weiteren Vorteil hat, daß antikomplementäres Serum eine normale Reaktion in der Niederschlagsprobe gibt. Von Wichtigkeit ist bei der Kahnschen Reaktion, daß alle Arten Serum völlig klar seien; irgend eine Spur von Fett, z. B. im Serum macht eine Ablesung praktisch unmöglich und auch leichte Hämolysis in demselben die Ablesung schwierig. H. folgte genau den Vorschriften von Kahn, indem er 0,2 ccm inaktiviertes Serum (des Patienten) und 0,05 ccm Antigen-Salzmischung, sowohl die Cholesterin- wie die vollen Alkoholantigene, die aus denselben Gründen wie bei der WR von Vorteil sind, verwandte. Die beigegebenen Tabellen zeigen die Resultate der Wassermannschen und Kahnschen Reaktion an den 1000 Fällen, wovon im ganzen 96 eine Verschiedenheit aufwiesen. Die Aussichten für letztere erscheinen daher recht günstig und mit noch größerer Mühe, die Antigene zu standardi-

Digitized by Google

sieren, besteht für die Zukunft die Hoffnung, die der WR anhaftenden Schwierigkeiten zu beseitigen. M. Stern-München.

Die Fällungsprobe der konzentrierten Arachnoidalflüssigkeit und des Serums bei Syphilis (The Precipitation Test for Syphilis of Concentrated Arachnoid Fluid and Serum), von R. D. Herrold-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 3, S. 203 bis 206.) Verf. berichtet über seine Erfolge mit der Ringfällungsprobe bei Syphilis der Arachnoidalflüssigkeit mittels einer einfachen und praktischen Konzentrationsmethode. Sie geschieht durch Zusatz einer gesättigten Ammoniumsulfatlösung zu der zu untersuchenden Flüssigkeit. Der Niederschlag, der entsteht, wird dann wieder in physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst, die etwa einem Zehntel der Originalmenge an Arachnoidalflüssigkeit entspricht. Wie Verf. feststellen konnte, enthält diese konzentrierte Lösung alle Reagine. Die Methode ist auch auf Blutsera anwendbar. Ihr Vorteil besteht darin, daß sie genauere Ergebnisse bei der WR ergibt. F. Quasig-Hamburg.

Über den hemmenden Einfluß von Luesflocken auf die Saponinhämolyse, von Tebbe-Oldenburg. (Arch. f. Kindhlk., 1923, Bd. 72, H. 4, S. 257—260.) Serumextraktgemische (positive und negative) zeigen eine stärker hemmende Wirkung der Saponinhämolyse als einfache Serum- bzw. Extraktverdünnungen, wegen der größeren Menge an Cholesterin (Serum- und Extraktcholesterin). Bei positiven Reaktionen hemmen die Flocken stärker als die nach Zentrifugieren abpipettierte Flüssigkeit. Bei negativen Reaktionen ist die Wirkung beider gleich. Der hemmende Faktor, das Cholesterin, muß also größtenteils in den Flocken vorhanden sein. Die abpipettierte Flüssigkeit bei positiven und negativen Reaktionen hemmt stärker als die einfache Extraktverdünnung. Im Vergleich zur Serumverdünnung hemmt die Flüssigkeit bei negativer Reaktion deutlich stärker, bei positiver Reaktion um geringes stärker oder gleich. Eine Beteiligung überschüssiger Serumlipoide bzw. Serumcholesterins kommt demnach nicht in Frage. H. Soltmann-Leipzig.

Bestehen Unterschiede im Eiweißgehalt des Liquor cerebrospinalis in verschiedenen Höhen? (Ein Beitrag zur Frage der Liquorströmung), von Walther Jacobi-Jena. (M. m. W., 1923, Nr. 27, S. 870.) Mittels interferometrischer Messungen wurde eine gewisse Schichtenbildung des Liquoreiweißes, wobei der Eiweißgehalt kaudalwärts immer größer wird, nachgewiesen. Im Einzelfall ist dies nicht immer nachweisbar. Diese Befunde stehen im Gegensatz zur Annahme einer regelrechten aktiven Liquorströmung; Verfasser hält sie aber vereinbar mit den Anschauungen von Becher, nach welchem durch die rhythmische Hirnbewegung periodische Wellen zustande kommen, die über die Liquorsäule des Arachnoidalsackes hinstreifen. Hierdurch braucht die Spinalflüssigkeit in der Gegend der austretenden Nervenwurzeln, wo nicht die lebhafteste Liquorresorption vor sich geht, und in der Gegend der durch die Wurzeln und das Ligamentum denticulatum gebildeten Taschen kaum in Mitleidenschaft gezogen werden. Infolge des senkrechten Aufsaugungsstromes findet dabei eine stetige Liquorverschiebung von den Gehirnkammern nach den Subarachnoidalräumen kaudalwärts nach Art eines beständig an Konzentration zunehmenden Schichtensystems statt.

A. v. Notthafft-München.

Ein Sedimentator für Zellen und feine Niederschläge, besonders für Liquorzellen, von E. Trömner-Hamburg. (M. m. W., 1923, Nr. 39, S. 1229.) Ein nicht zu dünnwandiges Röhrchen von Fingerlänge, in eine Zentrifugierhülse passend, wird an einer Seite mit gutsitzendem Gummi- oder Korkstopfen geschlossen und auf diesen Stopfen ein rundes, nicht zu dünnes Deckgläschen gelegt. Auf diesem Deckgläschen schlägt sich beim Zentrifugieren der ganze zellige Inhalt der Flüssigkeit nieder. Hersteller: Lautenschläger-Berlin. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Eignet sich das Retroplazentarblut zur Serodiagnostik der Syphilis?, von J. Hohn und L. Gummert-Essen. (M. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1146.) Wassermann erzielt in Retroplazentarblut zu 3,7% unspezifische Hemmungen. Die Flockungsmethoden sind dagegen zuverlässig (Kontrolle am Armvenenblut). Die Untersuchung des Nabelvenenblutes erwies sich als unbrauchbar, die Flockungsmethoden noch mehr als die WR. Wegen der Eigenart des kindlichen Serums standen sie vielfach in Widerspruch zu den Befunden bei der Mutter. An der Hemmung der WR im Retroplazentarblut sind nicht bakterielle Verunreinigungen schuld. Die Hemmungskörper stammen entweder aus dem Blute und sind der Ausdruck eines andersartigen Stoffwechsels der Schwangeren und Kreißenden, oder aus aseptischen Verunreinigungen der Blutprobe, z. B. mit Fruchtwasser. Sie gehören wahrscheinlich in die Gruppe der Aminosäuren und können die Flockungsreaktion nicht beeinflussen. — Bei der Untersuchung des Retroplazentarblutes ist die WR unnötig. Sieben Tage nach der Geburt soll sie aber zusammen mit einer Flockungsreaktion im Armvenenblut angestellt werden. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Bewertung der Serodiagnostik der Syphilis in der Schwangerschaft, von L. Handorn-Heidelberg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 34, S. 1345.) Neue Untersuchungen bestätigen, wie bereits früher veröffentlicht, daß auch in der Gravidität die Serodiagnose der Syphilis eine zuverlässige Untersuchungsmethode darstellt.

F. Landauer-Berlin.

Zur Zuverlässigkeit des serologischen Luesnachweises in der Schwangerschaft und im Wochenbett, von F. Georgi und L. Handorn-Heidelberg. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 632.) Die Serodiagnostik der Syphilis aus dem Armvenenblut von Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen erwies sich als durchaus zuverlässig.

A. v. Notthafft-München.

e. Therapie.

Ein Beitrag zu dem Problem der vorbeugenden Salvarsanbehandlung, von L. Görl und L. Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1923, Nr. 18, S. 567.) Die Verff. wenden sich mit Recht gegen die Unterlassung einer prophylaktischen Salvarsankur nach verdächtigem Beischlaf. „Die Gefahr luisch zu werden ist doch sicher eine vieltausendmal höhere als die Gefahr einer Salvarsanschädigung!" Sie berichten über einen Fall, in welchem anscheinend die Streptobazillen des Ulcus mixtum das Auftreten der Spirochäten und die WR auf Monate hinausgeschoben haben. Sie geben die Möglichkeit zu, daß so auch einmal Spirochäten ganz vernichtet werden könnten; trotzdem würden sie es nie wagen, auf eine solche schwache Hoffnung hin auch bei dem nur leisesten Verdacht einer syphilitischen Infektion eine Behandlung zu unterlassen.

A. v. Notthafft-München.

Schützt die Behandlung der frischen Syphilis vor dem späteren Auftreten der sogenannten Metalues?, von E. Redlich-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1461.) Verf. glaubt nicht, daß man sein therapeutisches Handeln und die Prognose lediglich auf den Liquorbefund aufbauen dürfe, da hier noch zu große Widersprüche in den Anschauungen bestehen. Trotzdem wird man versuchen müssen, mit den Behandlungsmethoden eine Assanierung des pathologischen Liquors zu erzielen. Auch die Frage der Existenz eines Virus nervosus neben einem dermatotropen Virus bedarf noch der völligen Klärung. Das gleiche gilt auch für die Behauptung, daß schwere Hauterscheinungen vor späterer Nervenlues schützen und leichte oder keine Hauterscheinungen dazu disponieren, wenn auch hier manche praktische Erfahrung für die Richtigkeit spreche. So möchte Verf. annehmen, daß die Behauptung mancher Tabiker und Paralytiker, nichts von ihrer Lues zu wissen, nur auf das Fehlen von Haut-

Digitized by Google

erscheinungen zurückzuführen sei. Andererseits haben viele spätere Tabiker und Paralytiker wiederholt Hautrezidive in ihrer Anamnese. Auch die Frage der Behandlung der Paralytiker mit Malariaimpfungen, mit Tuberkulin, Phlogetan u. a. ist noch nicht so geklärt, daß sie einwandfrei spruchreif sei. E. Langer-Berlin.

Über die Ausnutzung der Frühheilungschance bei erworbener und angeborener Syphilis, von E. Hoffmann und E. Hofmann-Bonn. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 620.) Die Frühheilungsbestrebungen müssen auch auf die seropositive Primärsyphilis und die frische sekundäre Lues ausgedehnt werden. Neben einer gewissen größtmöglichen Gesamtdosis der Heilmittel kommt es dabei auch auf die Größe der Einzelgaben, die Abstände der Salvarsaneinspritzungen und die Zeitspannen zwischen 1. und 2. Kur an. (Seronegative Primärsyphilis: 1 Kur, seronegative 2, durch 5—6 Wochen getrennt, sekundäre 3 Kuren, die 3. 3 Monate nach Schluß der 2.) Die chronisch intermittierende Behandlung unterscheidet sich trotz scheinbarer Ähnlichkeit grundsätzlich hiervon. Hier Ausnutzung der größtmöglichen Heilkraft, Verstärkung der Kuren und Verkürzung der Zwischenzeiten und ziemlich sichere Verhinderung der ansteckungsfähigen Rückfallformen, dort schwächere Kuren, größere Zwischenräume und Förderung dieser Rückfälle. Wenn bei Neugeborenen der Spirochätennachweis in Ausschlägen, Nasensekret, Nabelgeschwür und Drüsen und die Blutuntersuchungen nicht zum Ziele führen, soll man bei sicher kranker Mutter auch scheinbar noch gesunde Kinder dieser „maximalen Frühbehandlung" unterwerfen. Anscheinend haben sich die Spirochäten heute zum Teil an Salvarsan etwas gewöhnt, so daß dieses nicht mehr so rasch wirkt. Daher ist die Einführung des neuen Präparates Wismut als Ergänzung, nicht als Ersatz begrüßenswert. In einer Kur werden 5—6 g Salvarsan gegeben. A. v. Notthafft-München.

Weitere Bemerkungen zur Syphilisbehandlung, von O. Salomon-Coblenz. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 631.) In einem Falle widerstand der Schanker der Allgemeinbehandlung, in vier anderen entstanden verschieden gestaltete Rückfälle am Sitz des alten Schankers. Daher empfiehlt sich die Zerstörung der Schanker durch Thermokoagulation. A. v. Notthafft-München.

Über Anwendung eines neuen Verfahrens zwecks Wirksamergestaltung der Salvarsantherapie nervenluetischer Erkrankungen, von E. v. Thurzó-Debreczin. (M. m. W., 1923, Nr. 27, S. 876.) Verf. nahm an, daß durch die endolumbalen Lufteinblasungen nach Bingel die Meningen für im Blut kreisende Stoffe durchgängiger werden. Er spritzte nun am Tage nach solch einer Lufteinblasung endovenös Salvarsan ein und erreichte so bedeutende Besserungen, selbst Normalgestaltungen des Liquorbildes bei Tabes, Taboparalyse und Paralyse. A. v. Notthafft-München.

Über die Resorption rektal verabreichter Salvarsane, von C. Noeggerath und H. S. Reichle-Freiburg. (Arch. f. Kindhlk., 1923, Bd. 73, H. 2/3, S. 175—190.) Im Mäuseversuch gelang es, den sicheren Tod der mit Trypanosomen krank gemachten Tiere durch eine einmalige rektale Gabe von Neosalvarsan zu verhüten. Das deutet darauf hin, daß Neosalvarsan als solches resorbiert wird und in genügender Dosis. Klysmata bei Säuglingen ließen aber eine Gleichmäßigkeit der Salvarsanausscheidung im Harn nicht feststellen. Der Erfolg hängt davon ab, wie lange das Kind den Einlauf behält. Weder mit Opiumgaben noch mit hohen Einläufen ließ sich der Mißstand gesteigerter Rektumentleerung beseitigen. Daher ist die Methodik für solche Fälle vorzubehalten, die sich wegen unzulänglicher Venen zur intravenösen Behandlung nicht eignen. Beim Säugling 0,6 bis 1,2 g in 15 ccm Schleim 2—3mal wöchentlich, bei älteren Kindern 2—4 g 1mal wöchentlich. Unumgänglich ist vorherige sorgfältige Darmspülung. H. Soltmann-Leipzig.

Digitized by Google

Die endolumbale Salvarsanbehandlung der meningealen Syphilis, von W. Gennerich. (M. m. W., 1923, Nr. 39, S. 1221.) Die von G. angeratene Hinzufügung intravenöser Salvarsangabe zur endolumbalen Behandlung soll 1—2 Tage nach dieser geschehen. Dort Natriumsalvarsan, hier Neosalvarsan. Bei älteren erschöpften Kranken kann auf Verbindung mit Hg, nicht auf gleichzeitiges Jod verzichtet werden. Bei frischen meningealen Entzündungen, latenten Zuständen und klinischen Neurorezidiven: endolumbale Behandlung alle 14 Tage, zunächst 2mal nach einfacher Methode (1—1,8 mg auf 50—90 ccm Liquor), dann mittels Doppelpunktion. („Zerebrale" Dosierung in der oberen Bürette bis 2,5.) Dadurch „Assanierung" der Meningen in 4—5 Behandlungen. Lues cerebrospinalis: Doppelpunktion, nur allmähliche Steigerung der „zerebralen" Dosis (1—2,5 mg auf 10 ccm Liquor). (Pia oft schon durchlässig, ohne daß sich dieses klinisch verrät.) Ausheilung möglich, wenn nicht tiefere Prozesse vorliegen. Tabes: Progrediente Fälle. Ausnahmslos endolumbale Behandlung. Beeinflußbar: Ataxie, Blasen- und Potenzstörungen und Allgemeinzustand. Beginnende Fälle prognostisch besonders günstig (gleichzeitige, leichter beeinflußbare meningo-vaskuläre Entzündungen). Auch ältere Fälle mit solchen Entzündungsresten manchmal noch sehr günstig, bis zu Stillstand. Bei Zurückbleiben eines Strangprozesses nach Ausheilung der Meningen bei Rückfallssymptomen zeitweilige Behandlung mit kleinen Dosen. Selbst in den Fällen schwerer subjektiver Beschwerden bei solchen älteren Fällen mit normalem Liquor durch symptomatische Behandlung mit kleinen Dosen oft noch Besserung. Bei den schweren ataktischen Formen kleinere Dosen. Stärkere Dosen nur bei höherem Sitz (Empfindlichkeit des Rückenmarkes). Wenn höhere Eiweiß-, WR- und Kolloidbefunde des Liquors trotz klinisch reiner Tabes einen beginnenden paralytischen Prozeß verraten, immer Doppelpunktion; „zerebrale" Dosis, aber vorsichtig (1,0—1,8 mg). Bei schweren lebensgefährlichen Krisen älterer Tabes mit reinem Liquor sind paravertebrale Einspritzungen 15—20%iger alkoholischer Antipyrinlösung mit größtmöglichem Novokainzusatz oft lebensrettend (6.—10. Brustwirbel, Wirkungsdauer 14 Tage). Wenn hierdurch sich der Allgemeinzustand gehoben, Durchschneidung der hinteren Wurzeln. Glänzende Erfolge der Doppelpunktionsmethode bei tabischer Optikusatrophie. Stationäre Fälle mit negativem Liquor: nichts als Jod. Bei stark positivem Liquor: Zerebralbehandlung. Erhebliche Fortschritte auch bei beginnender dementer Paralysenform, besonders wenn noch entzündliche Liquorveränderungen dominieren. Wenn 4—6 Behandlungen vergeblich, Abbruch derselben (aussichtslos). Kernpunkt der Behandlung ist die Vermeidung von Schädigung des Rückenmarks durch ungeeignete Dosis. Hiervor schützt nur die genaue Kenntnis des Krankheitsbildes. Mortalität durch Krampfanfälle = 0,1‰. Spinale Reizungen in ½%. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der intralumbalen Syphilisbehandlung. Inwieweit tritt bei intravenöser Salvarsaneinspritzung Arsen in den Liquor und das Gehirn über?, von C. Bruhns und H. Dittrich-Charlottenburg. (D. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1082—1084.) Nach intravenöser Neosalvarsanbehandlung konnte unter 25 Fällen nur dreimal Arsen in Mengen von 0,02—0,1 mg im Liquor nachgewiesen werden. Wurde nach der Methode von Corbus, O'Connor, Lincoln, Gardener zum Zwecke der vermehrten Überführung von As aus dem Blut nach dem Liquor 6 Stunden vor den Neosalvarsaninjektionen 10%ige Kochsalzlösung verabreicht, so war unter 25 Fällen keinmal As nachweisbar. In 3 Fällen wurden im Gehirn deutliche As-Mengen gefunden. Auch bei intralumbaler Verabreichung von Salvarsan gehen nur geringe Mengen ins Gehirn über. Die oft hervorragenden klinischen Erfolge in Fällen von schwerer Nervensyphilis, resistenter Liquorsyphilis und Tabes rechtfertigen immerhin die intraspinale Methode, obwohl wir für die Art und Weise der Wirkung noch keine Erklärung haben. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Sinuspunktion und intravenöse Salvarsanbehandlung bei Säuglingen mit angeborener und erworbener Syphilis, von W. Schönfeld-Greifswald. (M. m. W., 1923, Nr. 18, S. 553.) 31 Fälle von Blutentnahme, 32 von intrasinöser Behandlung. Es ist ratsam, möglichst weit nach hinten in der großen Fontanelle, gegebenenfalls in der noch offenen Sagittalnaht einzustoßen, da die große Fontanelle nicht immer an derselben Stelle liegt. Nach dem ersten Jahr kann die Blutentnahme aus einer Vene geschehen. Unterschiede zwischen Sinus- und anderem Körperblut hinsichtlich WR konnten nicht beobachtet werden. Die einfache Punktion ist ein ganz ungefährlicher, ohne jede Störung verlaufender Eingriff. Die intrasinösen Einspritzungen, deren Schwierigkeit und Bedenklichkeiten auch vom Verf. nicht in Abrede gestellt werden können, werden gut vertragen. Sie sind nur in einem Krankenhause auszuführen.

A. v. Notthafft-München.

Über Sinuspunktion im Säuglingsalter, von Adolf Salomon-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1923, Nr. 18, S. 554.) Verf. empfiehlt — allerdings in erster Linie zu nicht mit der Syphilisdiagnose zusammenhängenden Zwecken — die Sinuspunktion als ungefährliche Methode. Bei geschlossener Pfeilnaht erleichtert man sich das Auffinden des Sinus, wenn man unter einem Winkel von 45° von hinten nach vorn einsticht, und zwar unmittelbar vor dem auf die Pfeilnaht gelegten Zeigefinger der linken Hand. (Näheres siehe im Original!) Die Methode der intrasinösen Salvarsaneinspritzung dürfte wegen der damit verbundenen Gefahren im allgemeinen verlassen sein.

A. v. Notthafft-München.

Über salvarsanresistente Lues, von W. Löwenfeld, I. dermat. Abt. Allg. Polikl. Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 35, S. 1197—1198.) Wenn auch die Möglichkeit einer Arsengewöhnung von Spirochäten nicht gänzlich abzuleugnen ist, so scheint doch in der Regel die verminderte Reaktionskraft des Organismus, der Zustand seiner durch allergische Umstimmung gegebenen Abwehrkräfte für den Verlauf der Lues und für das Zustandekommen salvarsanresistenter Fälle an Bedeutung im Vordergrunde zu stehen.

E. Levin-Berlin.

Zur Frage resistenter Syphilis im sekundären Stadium (sog. Arsen-Quecksilberfestigkeit), von Fabry-Dortmund. (M. Kl., 1923, Nr. 36, S. 1218—1220.) Der ausbleibende Erfolg der gewöhnlichen Therapie beruht gewöhnlich nicht auf Arsenfestigkeit, ist vielmehr auf Besonderheiten gewisser sekundärer Syphilisformen zu beziehen. Solche sind: a) Fibröse Sklerosen und fibröse Kondylomata (kleine Granulationsherde sind dabei von weit überwiegenden dichten Bindegewebszügen eingeschlossen, die die Spirochäten vor dem Angriffe der Antisyphilitika sichern). Sie erfordern daher energische örtliche Behandlung (mechanische Entfernung, Ätzungen). b) Lues framboesiaca, steht den fibrösen Kondylomen nahe, erfordert gründliche Allgemein- und Lokalbehandlung. c) Lues II papillomatosa, geht zwar schnell zurück, doch kommt es von zurückbleibenden Residuen leicht zu Rezidiven; mechanische Entfernung ist zu empfehlen. d) Kombination von Lues und Tuberkulose an der Haut. Für die Behandlung anscheinend resistenter Fälle empfiehlt sich zeitweises Aussetzen des Salvarsans und dann Wiederbeginn mit kleinsten Dosen, besonders von Neosilbersalvarsan. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Salvarsantod, von E. Woenckhaus, Med. Kl. Gießen. (M. m. W., 1923, Nr. 21, S. 673.) Enzephalitis nach 4,35 Neosalvarsan innerhalb 4 Wochen und gleichzeitiger Schmierkur. A. v. Notthafft-München.

Beitrag zur Frage der Salvarsanerytheme, von E. Sitta-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 25, S. 1153.) Bei einer Pat., die früher Salvarsan ohne Beschwerden vertragen hat, tritt bei einer neuen Kur nach der dritten Injektion (0,6) ein schweres Salvarsanerythem mit Sekundärinfektion auf, das erst nach drei Monaten abgeklungen

Digitized by Google

ist. Nach weiteren elf Monaten erneute Salvarsankur eingeleitet, jedoch nach der ersten Injektion von 0,3 Neosalvarsan zeigt sich ein Erythem von der gleichen Schwere wie das erste. Während Verf. das erste Erythem für eine reine Intoxikation hält, glaubt er für das Erythemrezidiv eine Überempfindlichkeit, hervorgerufen durch den ersten Erythemzustand, annehmen zu müssen. Therapeutisch hat sich dem Verf. besonders gut die Benutzung des Wasserbetts bewährt. E. Langer-Berlin.

Beitrag zum fixen urtikariellen Salvarsanausschlag, von H. Mühlpfordt-Allenstein. (M. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1092.) Wiederholtes Auftreten bei jeder der späteren Salvarsaneinspritzungen. Rasches Verschwinden. Die Salvarsangaben wurden nicht verkleinert. Verf. hält mit Jadassohn im Gegensatz zur eigentlichen Salvarsandermatitis ein Aussetzen, ja selbst eine Abschwächung der Salvarsanmenge nicht für nötig. A. v. Notthafft-München.

Über die Wirkung ungenügender Salvarsanbehandlung bei experimenteller Kaninchensyphilis, von F. Plaut und P. Mulzer-München. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 623.) Bei Kaninchen, die mit einem nicht neurotropen Spirochätenstamm geimpft worden waren, und zwar durch Abimpfung von einem mit einem Neosalvarsan „unterbehandelten" Tier, traten im Liquor krankhafte Veränderungen auf, und der größte Teil dieser Tiere zeigte verhältnismäßig kurze Zeit nach der Impfung mit diesem Gift mehr oder weniger ausgeprägte Erscheinungen einer allgemeinen Syphilis. Unterbehandlung mit Salvarsan vermochte also ein nicht neurotropes Gift zu einem neurotropen zu machen; nach der zweiten ungenügenden Salvarsanverabreichung wird die Umstimmung noch deutlicher. Daneben ist auch die Giftigkeit des Stammes gesteigert worden. Damit geimpfte Tiere zeigten früher und in schwererer Form syphilitische Herde, und Kaninchen, welche zweimal unterbehandelt worden waren, boten sonst nicht zu beobachtende schwere Rückfallformen. Die Verff. glauben, daß die erhöhte Virulenz und die Neurotropie in dem von einem „unterbehandelten" Salvarsantier abgeimpften anderen Tier ein exakter wissenschaftlicher Beweis für die klinisch festgestellte Beobachtung sei, daß Unterbehandlung eines Syphilitikers mit Salvarsan bei diesem die Neurotropie seiner Spirochäten erhöht. A. v. Notthafft-München.

Zur Nebenwirkung des Novasurols, von O. Heller, Handelsspital Prag. (Ther. d. Gegenw., 1923, Bd. 64, Nr. 8, S. 332—333.) Im Anschluß an eine Novasurolinjektion trat bei einem Prostatiker eine akute Harnretention auf. Man soll daher vor einer Novasurolinjektion an die Möglichkeit denken, daß es sich um einen Prostatiker handelt, vor Beginn also die Prostata untersuchen und alles zur Anlegung eines Verweilkatheters vorbereiten. F. Jacobsohn-Berlin.

Neosalvarsan in Mischspritze mit Novasurol, von v. Pezold-Karlsruhe. (M. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1154.) Den Vorteilen der großen Bequemlichkeit des Verfahrens für Arzt und Kranken steht der Nachteil der geringeren Dauerwirkung gegenüber. Verf. stellt, ohne einen Beweis hierfür zu versuchen, den Satz auf, daß dieser schwere Nachteil sich durch kürzere Abstände der ersten Kuren ausgleichen lasse. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Verträglichkeit der Hg-Behandlung bei ungenügender Ernährung und Mangel an Heizmaterial, von Hruschtschoff. (Medicinski Journal, 1923, Bd. 3, Nr. 5—6 [Russisch].) Die Nebenwirkungen des Hg verdoppelten sich in den Jahren, wo die Syphilitiker unterernährt waren und die Beheizung der Wohnräume zu wünschen übrig ließ. A. Jordan-Moskau.

Die Behandlung der Syphilis mit endovenösen Injektionen von Kalomel (Le iniezioni endovenose di calomelano nella cura della sifilide), von G. B. Podestà, dermosyph. Abteilung des Prof. Sprecher-Genua. (Riforma med., 1923, Bd. 32.) Durch

Digitized by Google

die Versuche von Chervalier angeregt, hat Verf. Kalomel in einer Lösung von 100 H_2O und 125 Traubenzucker vier 2 kg schweren Kaninchen endovenös eingespritzt, und zwar wurden 2 ccm einer 1%igen Aufschwemmung verwendet. Die nach 5, 10, 20 und 30 Minuten getöteten Tiere zeigten kein Anzeichen einer Schädigung. Zwei andere gleich schwere Tiere erhielten je 1 ccm einer 1%igen Aufschwemmung 8mal alle 3 Tage. Die Tiere zeigten dabei Zunahme des Körpergewichtes. Von drei weiteren Tieren, welche die für toxisch gehaltene Dosis von 5 ccm einer 2%igen Aufschwemmung erhalten hatten, zeigten zwei Abgeschlagenheit und eins verendete. Nach diesen Vorversuchen wurden 59 Luetiker verschiedenen Stadiums mit 3 ccm Kalomel-Aufschwemmung endovenös behandelt. Es wurde aller 4—5 Tage injiziert, im ganzen 8—12 Injektionen. Resultate: Von 11 wassermann-positiven und 7 wassermann-negativen Primärfällen erhielt man mit 5 Injektionen Heilung des Primäraffekts. Auf die Spirochäten war die Einwirkung nicht besonders prompt. Die Drüsen schwanden nach 5—6 Injektionen. Sekundärsyphilis: von 26 Fällen mit verschiedenen Manifestationen schwand die Roseola nach der 2. Injektion. — Zweimal leichter Herxheimer. Papeln schwanden erst nach 4 bis 6 Injektionen. Sehr gute Erfolge bei Mund- und Genitalpapeln, gute bei Kopfschmerz, langsame bei Polyadenitis. Tertiäre Syphilis: Allgemein gute Erfolge. Nervenlues: Bei 2 Fällen kein Erfolg. Erbsyphilis: Gute Erfolge. Auf die WR langsame und unregelmäßige Einwirkung. Lokale Reaktion: Keine, nur ab und zu Induration der injizierten Vene und 5mal daselbst leichte Phlebitis. Allgemeine Erscheinungen: Bisweilen Temperatursteigerung von 1—1½°. Dagegen Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen, manchmal Appetitlosigkeit, sonst keine üblen Nebenerscheinungen, nie Stomatitis oder Enteritis. Auffallend war aber das rasche Eintreten von Rezidiven nach Beendigung der Kur. Verf. glaubt, daß die endovenösen Injektionen von Kalomel wirksamer seien als die intramuskulären. E. Freund-Triest.

Experimentelles, Mikroskopisches und Klinisches zur Wismutbehandlung bei Syphilis (Nadisan-Kalle). 3. Mitteilung, von H. Müller, Blass und Kratzeisen. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 625.) Nadisan ist das mit hochdispersem kolloidalem Wismuthydroxyd gesättigte wasserlösliche Kaliumsalz der Bismutylweinsäure. Versuche an Tieren ergaben die verhältnismäßig sehr geringe Giftigkeit sowohl der in den Muskel eingespritzten Ölaufschwemmung wie der endovenös gegebenen Lösung. Bei Kaninchen Schwinden der Pallidae nach 2—3 Tagen, von Geschwüren in 8—10. Sofortige Hebung der Freßlust (Muskeleinspritzung). Bei Einspritzung in die Vene noch rascherer Erfolg. Im Muskel von Tier und Mensch tritt eine sehr bescheidene Nekrobiose und ein geringer umgebender entzündlicher Herd mit Granulationen und Gefäßsprossenbildung auf. Ähnlich Trepol. Chemische Bestimmung des Rückstandes nach 8 und 14 Tagen bei einem Tier zeigte „erstaunlich gute" Resorption. (Widerspruch zu anderen Befunden im Kalleschen Laboratorium.) Therapeutische Dosen werden in Niere, Hirn, Leber, in Spuren im Liquor, aber nicht in Milz und Knochen aufgespart (Befund bei einem Säuglinge; Angaben über das Alter der Wismutgaben fehlen). In der Milch wird das Wismut nur in ganz geringen Mengen gefunden (Säuglingsbehandlung!); im Harn erfolgt die Ausscheidung im Mittel i. V. von 0,002 : 1000. Noch nach ¼ Jahr wurde Ausscheidung beobachtet. Rote Blutkörperchen und Hämoglobin fallen zunächst, gegen Ende der Kur steigt Lympho- und Erythrozytenzahl. Neutrophile und eosinophile Zellen werden vermehrt. Das Gewicht der Behandelten verhält sich verschieden (Zunahme und Abnahme etwa im gleichen Verhältnis). Offenbar ist die Muskeleinspritzung schmerzhaft, wenn sie auch bei richtigem Vorgehen (Crista!) meist sich in mäßigen Grenzen hält. Die WR wurde fast immer negativ; Schwankungen während einer Kur. Einmal Beobachtung von Provokation. Bei Frühsyphilis des Gehirns Beeinflussung von Phase I

Digitized by Google

und WR des Liquors. „Hervorragende" klinische Ergebnisse, aber auch Versagen gegenüber widerstandsfähigen Papeln, und Gumma und baldige Rückfälle. Verfärbung der Mundschleimhaut nur selten. Bei Stomatitis gelegentlich Albuminurie. Vorbote: Falkes Nierenepithelanhäufung (Aussetzen!). Gelegentlich Verstopfung, Durchfälle, Hungermangel, Abgeschlagenheit, Erbrechen, Erregung, Schmerzen im Hinterkopf und Unterkieferknochen, sofortiger oder späterer Metall- (bzw. Salz-) Geschmack und Speichelfluß, urtikarielle, scharlachartige und hämorrhagische Exantheme und anämisches Aussehen. Dosis: 1 g. In jeder Behandlungsreihe 12 Einspritzungen.

A. v. Notthafft-München.

Wismut bei Syphilis, seine Wirkung, Nebenerscheinungen und Dosierung, von Hans Felke. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 627.) 1,0—1,5 Wismut innerhalb 6 Wochen zugeführt macht Syphilis II zu 80 vom Hundert negativ. Bei letzteren Mengen WR am Ende der Kur nur $^1/_3$ negativ, $^1/_3$ abgeschwächt, $^1/_3$ noch voll positiv. Aber nach 2—6 Monaten nachträglich jedesmal noch Negativwerden der Reaktion. Guter Erfolg bei Rückfällen nach kombinierter Behandlung, wenn auch langsameres Schwinden der WR. Bei Lues latens erweist sich Salvarsan, „allerdings nicht in Gestalt der beliebten Mischspritze", überlegen. Bei Syphilis III Abheilung der Erscheinungen ohne Beeinflussung der WR. Kombinationskuren von Bi und Sa zeigten kaum Unterschiede gegenüber einfacher Bi-Behandlung. Bei Lues I scheint man Abortivheilungen erzielen zu können. Also soll bei kombinierten Kuren von Lues I Hg durch Bi ersetzt werden. Die therapeutischen Gaben dürften, wenn Ref. den Verf. richtig versteht, sich wie bei dem verwendeten trichlorbutylmalonsauren Wismut auch bei Trepol und ähnlichen Tartraten, Bismogenol, Chininwismut, Wismutoxychinolin und Milanol verhalten. Je größer und je leichter angreifbar das Anion des Wismutsalzes ist, desto leichter und gleichmäßiger scheint die Aufsaugung aus dem Muskellager vor sich zu gehen. Einspritzungen von wäßrigen Lösungen sind schmerzhaft, von Ölaufschwemmungen aber leichter schmerz- und entzündungsfrei zu gestalten als solche von Quecksilber. Endovenöse Einspritzungen sind zwecklos und erzeugen Fieber. — Verf. gibt innerhalb 10 bis 14 Tagen 0,3 bis 0,4 Bi und wiederholt nach 14 Tagen Pause. (Vermindung des Epithelharnen und berechtigtes Vertrauen auf die Nachwirkung. Letztere wird durch die verlangsamte Ausscheidung nicht erklärt.) Bi heilt wohl nicht einfach durch Spirillozidie. Biologische Faktoren! Glänzende Wirkung bei Gehirnsyphilis, keine bei Tabes. Wismut hat sicher die gleiche, wenn nicht größere Wirkung als eine Sa-Hg-Kur. Bei gewöhnlicher intermittierender Behandlung sollte man Bi-Kuren einschieben, bei latenter Lues Hg durch Bi ersetzen.

A. v. Notthafft-München.

Über Wismutbehandlung der Lues, von H. Th. Schreus, Univ.-Hautklinik Bonn. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, Jahrg. 20, Nr. 16, S. 483—487.) Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Wismuttherapie bespricht Verf. die bis heute bekannt gewordenen Nebenwirkungen der Bi-Therapie (Stomatitis, Epitheliurie, Albuminurie, Zylindrurie, die selteneren morbilli- und skarlatiniformen Exantheme, Allgemeinsymptome wie Blässe, Gewichtsabnahme, Diarrhöen, die von Verf. beobachteten Fälle von Balanitis erosiva mit schwacher Verfärbung des Smegma). Von Präparaten empfiehlt Verf. die am besten erprobten Bismogenol und Milanol. Jeden 3.—4. Tag je 1 ccm intraglutäal. 10 Injektionen pro Kur. Im übrigen bestätigt Verf. in bezug auf Abheilung der primären, sekundären und tertiären Erscheinungen, das Verschwinden der Spirochäten, den Umschlag der Seroreaktion die bisher bekannt gewordenen Erfahrungen der meisten Autoren und kommt zu dem Schluß, daß die Wismuttherapie der Lues vorläufig in kombinierter Behandlung mit Salvarsan und nur dort anzuwenden ist, wo Hg nicht vertragen wird, ferner, daß die reine Wismuttherapie hauptsächlich bei Hg und Salvarsanresistenz am

Digitized by Google

Platze ist. Von der einzeitigen Salvarsanwismutmischspritze ist nichts zu erwarten, was diese Anwendungsform vorläufig berechtigt erscheinen ließe. Den Nebenwirkungen des Bi ist besondere Beachtung zu schenken (Sediment). Das letzte Wort ist jedenfalls nach Ansicht des Verf. in der Frage der Wismuttherapie noch nicht gesprochen, bevor wir nicht über ausgiebige Dauerbeobachtungen verfügen. F. Jacobsohn-Berlin.

Therapeutische Wirkung des Bismogenols in der Syphilisbehandlung, von V. Nagel-Halle. (D. m. W., 1923, Nr. 34, S. 1116—1118.) Es wurden reine Bismogenolkuren an 100 Patienten mit wöchentlich 3 Injektionen à 0,5—1,0 g, im ganzen mit 11—26 Injektionen durchgeführt. Die Beeinflussung der WR war recht gut. Unter 19 Patienten mit Lues I/II wurde die WR bei 17, unter 39 mit Lues II bei 32 und unter 8 mit Lues latens bei 5 negativ. Als Nebenerscheinungen wurden Temperaturerhöhung, Wismutsaum, Wismutstomatitis, Erbrechen, Durchfall, Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen, Schüttelfrost, Eiweiß im Urin beobachtet. Alle Erscheinungen waren jedoch nur vorübergehender Natur. Nur bei einem Patienten stellte sich nach der 12. Injektion neben Schüttelfrost, Kopfschmerz, Wismutsaum eine ödematöse elephantiastische Anschwellung des Skrotums ein, die unverändert blieb. Die Wirkung des Bismogenols auf die klinischen Erscheinungen geht sehr langsam vor sich, ist aber von länger anhaltender Wirkung. Verf. hat bisher noch kein Rezidiv beobachtet. Empfehlung der kombinierten Salvarsan-Wismutkur. F. Harry-Wiesbaden.

Veränderungen des Blutbildes bei Wismutbehandlung der Syphilis, von Franz Betz-Mainz. (M. m. W., 1923, Nr. 28, S. 913.) Primäre seropositive Syphilis: Das Hämoglobin sinkt nach den ersten Einspritzungen langsam um 12—25%; die roten Blutscheiben bis zur 7. Einspritzung auf 3,6—3,1 Millionen; beides steigt dann wieder. Durch das stärkere Ansteigen der letzteren gegen Ende der Kur geht der Färbeindex hier unter 1 herab. Die weißen Blutkörperchen nehmen zunächst zu (bis zu 15000), auch nach den einzelnen Einspritzungen. Die neutrophilen sind um 8—10% vermehrt, sinken aber zuletzt auf 50—55% aller Leukozyten. Umgekehrt verhalten sich die Lymphozyten. Regelmäßig ist Eosinophilie vorhanden. Sekundäre seropositive manifeste Syphilis: Verhältnisse ziemlich dieselben. Während bei Syphilis I die mononukleären Formen immer normal gefunden werden, zeigen sie hier gegen Ende der Behandlung eine geringe Vermehrung. Sekundäre, seropositive, latente Syphilis: Erythrozyten und Hämoglobin zeigen am Schlusse der Kur eine Zunahme, die Zahl der weißen Blutkörperchen steigt hier nicht so bedeutend, die neutrophilen Leukozyten sinken von 50 bis 65% auf 45—55% aller weißen Blutkörperchen; Eosinophilie; die Lymphozyten steigen hier schon sehr bald auf 35—40% an, um sich dann auf dieser Höhe zu halten. Poikilozytose und schlechte Färbbarkeit wurden nicht gefunden. Die Leukozytose ist wohl auf toxische Einflüsse zurückzuführen, die Lymphozytose als Ausdruck allergischer Heilwirkung zu erkennen. Salvarsan und Quecksilber erzeugen nicht die gleichen Blutbilder wie Wismut. A. v. Notthafft-München.

Blennorrhoe.

e. Therapie.

Molekulardisperse Silberlösung zur Gonorrhoebehandlung, von L. v. Zumbusch-München. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 619.) Zur Verwendung kam eine Lösung von Chlorsilber in Zyankalium. Die Konzentrationen waren bei Injektionen 1:1000—500 (ältere Fälle bis 200), bei Janetschen Spülungen 1:10000, bei Instillationen 1:500—100. Wenn diese Grenzen nicht überschritten werden, reizt das Mittel nicht. Die Gonokokken

Digitized by Google

schwinden eher noch rascher als bei anderen Silberpräparaten und die Heilungsdauer ist „zum mindesten nicht größer". Ein besonderer Vorzug ist die Billigkeit.

A. v. Notthafft-München.

Besprechung über Verhütung und Behandlung von chronischer gonorrhoischer Prostatitis und Vesikulitis (Discussion on Prevention and Treatment of Chronic Gonococcal Prostatitis and Vesiculitis), von K. M. Walker-London und D. Watson-Glasgow. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3272, S. 451.) Chronische gonorrhoische Prostatitis. K. M. Walker führte aus, daß die Übertragung der infizierenden Organismen von einer Prostatitis auf andere Körperteile nicht nur auf dem Blutwege, sondern, wie er an Serienschnitten nachgewiesen hat, auch durch die Lymphbahnen erfolgt. Er macht darauf aufmerksam, daß die Samenbläschen, entgegen den üblichen Angaben in den anatomischen Lehrbüchern, in horizontaler Lage am oberen Rande der Prostata verlaufen, was häufig zur Verwechslung von Vesikulitis mit Prostatitis führt. Zur Behandlung der chronischen Prostatitis ist die digitale Massage das souveräne Mittel. Dieselbe bewirkt neben der unmittelbaren Auspressung von Prostatainhalt eine Kontraktion der muskulösen Elemente des Organs, die ihrerseits wiederum austreibend wirkt. W. hat auch einen speziellen Apparat für elektrische Massage der Prostata konstruiert. Redner warnt vor der mechanischen Dilatation der Pars prostatica, die in ihrer Wirkung schwer zu kontrollieren ist. Von Medikamenten haben ihm Sulfarsenol und Silbersalvarsan gute Dienste geleistet, und mit der Diathermie hat er viele höchst befriedigende Resultate erzielt. — Vesiculitis gonorrhoica. D. Watson: Die Prophylaxe der Vesikulitis beginnt mit der Behandlung der Urethritis anterior, für welche W. die grand lavage nach Janet, mit Kal. permanganic. in der Stärke von 1 : 8000 bis 1 : 4000 alle 12 Stunden ausgeführt, durchaus bewährt gefunden hat, obwohl er Trypaflavin (1 : 4000) vorzieht. Auch bei Urethritis posterior sind solche Spülungen indiziert, wobei Atropinsuppositorien (0,0006) morgens und abends eingeführt und Ruhighalten wichtige Hilfsmittel darstellen. Die ausgebildete Vesikulitis unterscheidet sich von der Salpingitis vorteilhaft insofern, als bei ersterer niemals der Abfluß völlig verhindert ist, so daß ein operativer Eingriff nur äußerst selten nötig ist. Immerhin findet W., daß die von dem Amerikaner Belfield angegebene Vasotomie mit Injektion von 1—1½ ccm einer desinfizierenden Lösung ins Vas deferens Beachtung verdient.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische Erfahrungen über die intravenöse Gonarginbehandlung des Trippers des Mannes, von F. Sachweh-Straubing. (M. m. W., 1923, Nr. 33, S. 1085.) An der Hand ganz weniger Unterlagen werden die bekannten Erfolge und Nichterfolge der Gonokokkenvakzine wieder dargelegt. Sachweh fordert bei intravenöser Verabreichung von Gonargin Beginn mit 5—10 Millionen und rasches Steigen zu großen Dosen.

A. v. Notthafft-München.

Moderne Gonorrhoebehandlung beim Mann, von A. Perutz-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 34/35, S. 1515.) Die innere Therapie der Gonorrhoe hat keinen direkt heilenden, sondern nur unterstützenden Einfluß. In zwei Gruppen können wir die innerlich zu verabfolgenden Medikamente teilen: 1. Die Balsamika und ätherischen Öle, denen eine schmerzstillende, diuretische, krampflösende und sekretionshemmende Wirkung zukommt; 2. die eigentlichen Harndesinfizientien, deren Wirkung auf der Abspaltung von Phenol oder Formalin im Organismus beruht. Des weiteren kann man die Wirkung der inneren Medikamente noch unterstützen, indem man ihnen Mittel zusetzt, die auf die glatte Muskulatur lähmend wirken, so das Papaverin und das Akineton, ein wasserlösliches Benzylderivat. Unter den gebräuchlichsten lokal anzuwendenden Antigonorrhoika muß man trennen zwischen den Silberpräparaten, die wiederum in Silberdes-

Digitized by Google

infizientien und Silberadstringentien zu teilen sind, und zweitens den gewöhnlichen silberfreien Adstringentien. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen mit der Kapselbehandlung gonorrhoischer Zervikalerkrankungen nach Pust, von Roscher und Gollmer, Frauenanstalt Bendorf a. Rh. (M. Kl., 1923, Nr. 36, S. 1229—1231.) Beobachtungen an 27 frischen und 63 alten Erkrankungen, die einer reinen Kapselbehandlung, mit oder ohne lokale Behandlung der Zervix, unterworfen wurden. Erforderlich sind mindestens 8, meist 12—14 Einzelbehandlungen in dreitägigen Pausen. Heilung (14—21tägige Beobachtung ohne Behandlung, mehrfache Provokationen) in 40% der Fälle. Bei 32% traten Adnexerkrankungen auf. Das Liegenlassen der Kapseln während der Menstruation ist zu widerraten. Empfehlenswert ist die Anwendung bei frischer Urethralgonorrhoe, um Infektion der Zervix vorzubeugen. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Die Kommunikation der Lymphgefäße der Prostata mit denen der Harnblase, Harnröhre, Samenblase und Bulbourethraldrüse, von Hermann Baum-Dresden. (Anat. Anz., 1923, Bd. 57, Nr. 1/2, S. 17—27.) Vergleichende anatomische Untersuchungen an Hunden, Rindern, Pferden, Schweinen und Kaninchen ergaben, daß von der Schleimhaut des kaudalen Teiles der Harnblase aus muköse und submuköse Lymphgefäße der Harnröhre, Prostata, Samenblase, der Bulbourethraldrüsen injizierbar sind, eine Kommunikation zwischen den Lymphgefäßen der Harnblase und Prostata und Samenblase via Urethra vorhanden ist, so daß man, besonders leicht bei jugendlichen Tieren, von einem dieser Organe aus auch Lymphgefäße der anderen Organe bis in deren Wurzelgebiet injizieren kann. F. Jacobsohn-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Über kongenitale Phimose, von Carl Moncorps, Univ.-Hautklinik München. (M. m. W., 1923, Nr. 30, S. 983.) Ein Fall von Phimose, bei welchem die Vorhaut vielfach mit der Eichel verwachsen war. Verf. gibt hierzu die entwicklungsgeschichtliche Erklärung. A. v. Notthafft-München.

Über Aktinomykose der Blasenwand, von Else Köster, Chir. Univ.-Kl. Würzburg. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 181, H. 1/2, S. 60—65.) Mit gutem Erfolge operierter Fall eines zottigen polypösen Blasentumors, dessen Entstehung vermutungsweise durch eine lange Zeit bestehende Intertrigo dicht unterhalb des Nabels gedeutet wird, die im Felde beim Kampieren auf Heu und Stroh infiziert wurde. Der Prozeß lokalisierte sich dann im Cavum Retzii, eine chronische produktive Entzündung setzend, und schritt kontinuierlich zur Blase fort. Ein entzündlicher Blasenkatarrh gab dann einen Locus minoris resistentiae für die Entwicklung des Tumors ab. Der größte Heilerfolg wird in diesem Falle den Röntgenstrahlen beigemessen: harte Strahlen, Bestrahlungsdauer von mindestens einer halben Stunde in größeren Zwischenräumen.
E. Levin-Berlin.

Die Antithese von Urogenitaltuberkulose bei einem Tabetiker (The Antithesis of Urogenital Tuberculosis in a Tabetic Patient, Report of Case), von V. F. Marshall und G. W. Carlson-Appleton, Wisc. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 25, S. 1844.) Diese höchst seltene Koinzidenz — die Symptome der Blasentuberkulose sind gerade die entgegengesetzten wie jene der tabetischen Blasenaffektion — betraf einen 50jähr. Mann (Bankkassierer), bei dem alle Zeichen der Tabes wie Rombergsches, Argyll-Robertsonsches Symptom, positive WR usw. vorhanden waren. Am Beginn ist es in

Digitized by Google

solchen Fällen schwierig, festzustellen, ob die Blasensymptome, welche von der Blasenerkrankung selbst nicht abzuhängen scheinen, das gefährliche Signal einer latenten Tabes sind oder nicht. Die Hauptsymptome sind Schmerzen in der Blasengegend, schmerzhaftes Harnträufeln, Dysurie und Harnverhaltung. Hämaturie ist in 15—20% der Fälle vorhanden — im gegenwärtigen Falle zeitenweise seit 8 Jahren. Zystoskopische Untersuchung stellte hier den genauen Befund fest. M. Stern-München.

Über kongenitale Blasendivertikel und ihre Behandlung, von Alfred Rothschild-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1923, Jg. 64, H. 7, S. 274—276.) Hinweis auf die relativ große Häufigkeit der kongenitalen Blasendivertikel, deren Symptome (häufige akute Harnverhaltung ohne erkennbare Ursache), Diagnose (Zystoskopie und Zystographie), Prognose (schlechter bei infizierter Blase) und Therapie. Für letztere empfiehlt Verf. die Exstirpation in allen Fällen, die nach Lage und Sitz des Divertikels technisch dieselbe leicht erscheinen lassen. Immerhin muß die Indikation zur Operation von Fall zu Fall entschieden werden. F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Kenntnis des Divertikelkarzinoms der Harnblase, von Torahiko Ikoma-Nagoya, Japan. (W. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1421.) Verf. beschreibt bei einem 42jähr. Manne, der an den Folgen einer nekrotisierenden Zystitis und rechtsseitigen Pyelitis gestorben war, ein großes Divertikel der Harnblase über dem rechten Ureter und am Eingang zu dem Divertikel ein ausgedehntes Karzinom, das histologisch den Charakter eines Plattenepithelkrebses zeigte. Verf. hält einen umschriebenen Anlagefehler der Blasenwand für die Ursache zur Entstehung des Divertikels. Die Tumorbildung könnte ihren Ausgang von einer Epithelmetaplasie auf entzündlicher Grundlage in der Blasennische genommen haben. E. Langer-Berlin.

Der „Saugkatheterismus" der Harnblase und seine praktische Bedeutung, von Fritz Kroh-Köln. (M. m. W., 1923, Nr. 29, S. 935.) Der Saugkatheterismus besteht darin, daß ein in die Blase gelegter Katheter mit Vakuumpumpe und Wasserstrahlpumpe versehen und so die Blase trockengelegt wird. Um die Einziehung der Blasenschleimhaut in das Katheterauge zu vermeiden, wird dieser in einen vielfach durchbrochenen Gummidrain gesteckt. Entweder wird letzterer zu einer suprapubischen Fistel herausgeleitet, während der Katheter in der Harnröhre liegt, oder wo (z. B. bei Entzündung derselben) der Katheterismus nicht möglich ist, wird in den bis zum Blasenboden vorgeschobenen Drain ein locker sitzendes Gummirohr eingeschoben. Da nun in beiden Fällen die atmosphärische Luft in die Blase dringen kann, wird die Ansaugung der Blasenschleimhaut vermieden. Die Methode macht keine ernsteren Beschwerden, im besonderen keine Schleimhautblutungen, selbst nicht bei alten „Prostatikern", und hinterläßt keine unangenehmen Folgen, Blasenreizungen wie bei jedem anderen Dauerkatheterismus. Die Ansaugung von der Harnröhre aus ist weniger empfehlenswert (Katheterknickung, Schleimhauteinpressung). Verf. hatte bei den verschiedensten Krankheiten beste Resultate: bei Urinfistel aus Nephrektomiewunde durch rückläufigen Urinabfluß aus dem peripheren Harnleiterstück, bei karzinomatöser Scheidenblasenfistel, bei einem „Prostatiker" zur Nachbehandlung nach der Blasenentleerung und nachmals nach der transvesikalen Ausschälung der Vorsteherdrüse und bei einem Hypospadäus.
A. v. Notthafft-München.

Konstruktorische Einzelheiten zur Erleichterung der vesikalen Endoskopie (Particularités de construction facilitant l'endoscopie urinaire), von L. Phélip-Lyon. (Pr. méd., 1923, Nr. 76.) Verf. empfiehlt zwei von ihm seit zwei Jahren erprobte Modifikationen am Endoskop, wovon die eine bezweckt, die Lichtquelle dem Prisma näher zu bringen, während die andere eine sehr einfache Spülvorrichtung darstellt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Zur Zytologie der Zwischenzellen des Hodens, von KARL WAGNER-Dorpat. (Anat. Anz., 1923, Bd. 56, Nr. 23/24, S. 559—563). Verf. hat durch histologische Differenzierungsmethoden nachgewiesen, daß die Zwischenzellen Merkmale von Drüsenzellen haben: sogenannte „Sichelkörper" gelangen aus den Zwischenzellen in die perikanalikulären Räume, platzen wahrscheinlich in den Lymphräumen und geben ihren Inhalt an die Lymphe ab. Daraus ergibt sich, daß aus Gegenwart oder Vermehrung von Zwischenzellen noch keine Schlüsse bzw. ihrer Funktionstüchtigkeit gezogen werden dürfen. (Gegner der Zwischenzellentheorie.) H. Soltmann-Leipzig.

Bemerkungen zur Arbeit von H. STIEVE: „Neue Untersuchungen über die Zwischenzellen", von ALEX. LIPSCHÜTZ-Dorpat. (Anat. Anz., 1923, Bd. 56, Nr. 23/24, S. 564—567.) STIEVE fand bei normalen Gänsen Brunst, Spermatogonien, Zwischenzellen mit Vakuolen und Fettropfen; bei Mastgänsen: Fehlen von Brunst und Spermatogonien, aber Zwischenzellen, nur kleiner und fettärmer. Zwischenzellen sind also an der inneren Sekretion nicht beteiligt. Dagegen erhebt Verf. Einwand. Bei zwei Monate alten Kaninchen sind Geschlechtsmerkmale trotz zahlreicher Spermatogonien unterentwickelt, wenn die Zwischenzellen infantilen Charakter haben. Charakteristisch dafür ist geringe Ausbildung des Protoplasmas; ebenso bei den Mastgänsen. Verf. zieht trotzdem nur den Schluß, daß der Eunuchoidismus der Mastgans von dem Infantilismus des Testikels als Ganzem abhängig ist, denn es ist denkbar, daß die Entwicklung der LEYDIGschen Zellen von der Spermatogenese abhängt. H. Soltmann-Leipzig.

Zur männlichen Genitaltuberkulose, von R. REINECKE, Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 180, H. 1/3, S. 130—157). Die Prognose ist im allgemeinen eine schlechte, die Erfolge sind oft nur scheinbare, chirurgische Heilungen. Bei den Doppelkastrierten einige langlebende Patienten, bei diesen aber auch noch nach Jahren zum Tode führende Komplikationen. Bei der größten Zahl schreitet das Leiden trotz aller Operationen fort. Die Kranken mit Genitaltuberkulose sind ganz besonders gefährdete Tuberkulöse, einmal durch die tuberkulöse Meningitis und Miliartuberkulose und dann durch das Übergreifen des tuberkulösen Prozesses von Samenblase auf Prostata, von Prostata auf Blase. Die eng aneinanderliegende Prostata und Pars prostat. urethrae scheinen sich gegenseitig zu infizieren. Die einfache Kastration kann nicht als ausreichend angesehen werden, die sonst so üble Prognose günstiger zu gestalten. Die Gefahren der Übertragung der Tuberkelbazillen durch den Samen auf die höheren Abschnitte des weiblichen Genitaltraktus und sogar bis zum befruchteten Ei sollen den Gedanken an eine rechtzeitige prophylaktische Sterilisierung des Mannes nahelegen. E. Levin-Berlin.

Endamoeba histolytica in der Samenblasenflüssigkeit in einem Falle von Amöbendysenterie (Endameba Histolytica in Seminal Fluid in a Case of Amebic Dysentery), von L. E. HINES-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 4, S. 274.) Während früher (1922) schon WARTHIN die Lokalisation der Amöben in Hoden und Nebenhoden bei einem Manne, der an chronischer Amöbendysenterie erkrankt war, post mortem feststellte, berichtet hier H. über einen Fall, wo zu Lebzeiten des an chronischer Amöbendysenterie leidenden Patienten in der Samenflüssigkeit die Endamoeba histolytica gefunden wurde. Bei dem 28jähr. Manne, der mehrmals im Jahre heftige Diarrhöeanfälle hatte und der Stuhl u. a. auch reichliche Amöben enthielt, waren bei einem Anfalle auch heftige Schmerzen in der Perinealgegend vorhanden und rektale Untersuchung ergab leicht vergrößerte und auf Druck sehr empfindliche Samenbläschen. Dieselben wurden massiert und der ausgepreßte Samen unmittelbar untersucht: neben zahlreichen Eiter-

Digitized by Google

zellen, grampositiven Kokken und Bazillen fanden sich Amöben, ähnlich den im Stuhle festgestellten. Im Urin und in den Nieren (durch Ureterenkatheterisierung) waren keine Amöben vorhanden. Trotz energischer Emetin- und lokaler Behandlung der Samenbläschen verschwanden die Amöben nicht aus den letzteren, wenn sie auch in den Fäzes nicht mehr festzustellen waren. Es handelt sich also in diesem Falle um eine Amöbendysenterie mit Metastase in den Samenbläschen. M. Stern-München.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die Behandlung der Urämie bei akuter Nephritis mit Röntgenstrahlen, von Hans Fritsch-Pol. Teschen. (M. m. W., 1923, Nr. 26, S. 841.) Bei einer akuten hämorrhagischen Nephritis brachte das Bestrahlen der Nieren innerhalb 24 Stunden eine Zunahme der Harnmenge und ein Zurückgehen der Urämie. Bei einer sekundären Schrumpfniere zeigte sich wenigstens ganz vorübergehend eine Abnahme des Eiweißgehaltes des Harns und der Lidödeme. A. v. Notthafft-München.

Primäres Ureterenkarzinom (Primary Carcinoma of the Ureter. Report of a Case, with a Review of the Literature), von L. H. Meeken und J. F. Mc Carthy. (J. Am. m. Ass., Bd. 81, Nr. 2, S. 104.) Fünf noch nicht publizierte und ein weiterer selbst beobachteter. Von den 33 bekannten Fällen betrafen 14 weibliche und 19 männliche Patienten, der jüngste war 15, der älteste 89 Jahre alt, die Fälle waren drei Wochen bis zu 10 Jahren unter Beobachtung, in 14 Fällen trat der Tod ein, bevor irgend ein operativer Eingriff vorgenommen wurde. Schmerzen, Hämaturie, palpabler Tumor und Hydronephrosis waren in einem Teil der Fälle, in einem anderen nur Harnbluten ohne andere Symptome vorhanden, Schmerzen ohne andere Erscheinungen veranlaßten in 9 Fällen die Patienten, den Arzt aufzusuchen, Epithelzellen im Urin halfen in 7 Fällen zur Sicherung der Diagnose. Der Schmerz ist relativ atypischer Natur, eine Geschwulst kann gefunden werden oder nicht, in Anbetracht der lokalen Empfindlichkeit und des gelegentlichen Muskelkrampfes werden Palpation und Untersuchung per rectum am besten unter Narkose ausgeführt. Der Urinbefund bezüglich Eiter ist relativ wenig beachtenswert (nur in 4 von den 33 Fällen war er festgestellt worden), was wahrscheinlich mit der obstruktiven Natur der Ureteraffektion und häufig damit verbundener Hydro- oder Pyonephrosis zusammenhängt; hingegen sind häufige Untersuchungen des Urins auf atypische Zellen, besonders unmittelbar nach Versuchen der Ureterenkatheterisation, ebenso wie Blutungen nach denselben, wenn kein Stein nachzuweisen ist, und schließlich röntgenographische Aufnahmen (gastrointestinale mit Bismut) von großer diagnostischer Bedeutung. Bei feststehender Diagnose ist Nephroureterektomie die Operation der Wahl. M. Stern-München.

Der Wert der Phtaleinprobe bei der funktionellen Nierenprüfung (Ce qu'on peut demander de l'épreuve de la phtaleine dans l'exploration fonctionelle rénale), von Hélouin. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 34, S. 691—694.) Vor chirurgischen Eingriffen an der Niere sollte, wenn möglich, sowohl die Phtaleinprobe als die Untersuchung der Ambardschen Konstante nebst der davon nicht zu trennenden vorgängigen Untersuchung der Azothämie und der Konzentration des Harnstoffs im Harn vorgenommen werden. Muß man zwischen den beiden Methoden wählen, so ist die Untersuchung der Konstanten als zuverlässiger vorzuziehen. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Die erosive und gangränöse Balanitis und Vulvitis, ihre Differentialdiagnose und die ätiologisch verwandten Prozesse der Mund- und Rachenhöhle, von G. Scherber-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 29 und 30/31, S. 1330.) Verf. bespricht

Digitized by Google

als Fortsetzung derselben Arbeit eingehend das von Lipschütz als „Ulcus vulvae acutum" bezeichnete Genitalulkus. Es ist ihm gelungen, durch Kulturversuche einwandfrei festzustellen, daß die Bazillen in diesen Ulzerationen vollkommen mit den Doederleinschen Scheidenbazillen übereinstimmen, die man namentlich in der Scheide von Virgines findet. Die Bildung von Milchsäure, die diesen Bazillen eigen ist, beweist ihre Zusammengehörigkeit in eine Gruppe. Diese Geschwüre sollten daher nach ihrer Ätiologie Scheidenbazillengeschwüre heißen. Verf. weist weiterhin auf die wichtige Tasache hin, daß die Erreger der verschiedensten Genitalerkrankungen (Balanitis, Scheidenbazillengeschwür, Ulcus molle, aber auch der Plaut-Vinzentschen Angina) lange Zeit bei dem Träger latent liegen können, ohne Krankheitserscheinungen hervorzurufen, also gewissermaßen saprophytisch, bis durch irgendwelche Umstände (Übertragung auf neuen Nährboden, fieberhafte Prozesse, Menstruation usw.) die Virulenz gesteigert und eine Erkrankung ausgelöst werde. E. Langer-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Was erreicht die „Mannheimer Beratungsstelle" für Geschlechtskranke?, von H. Löb-Mannheim. (M. m. W., 1923, Nr. 24, S. 781.) Die Erfolge sind zweifellos günstiger als bei anderen Beratungsstellen. Die der Überwachung Unterstellten sind in dreimal höherem Prozentsatz bis zum Schluß der Kur dageblieben als die nicht Verpflichteten. Trotzdem wird eine stärkere Anwendung von Zwangsmitteln und eine Ausdehnung der Überwachung auf sämtliche Geschlechtskranke gefordert, damit „ein durchschlagender Erfolg erwartet werden kann". A. v. Notthafft-München.

Haben die Beratungsstellen für Geschlechtskranke eine Berechtigung?, von L. Görl-Nürnberg. (M. m. W., Nr. 27, S. 885.) Die Erfolge sind in Nürnberg günstig. Die Zahl der Neuanmeldungen stieg von Jahr zu Jahr, allerdings ist die Zahl der Selbstmeldungen wieder in beträchtlichem Rückgang. Die Hauptzuweisung erfolgt durch Kassen, Ärzte und Ähnliches. Viele Kranke kommen, weil sie vermeintlich nur eine Kleinigkeit haben, wegen der sie keinen Arzt aufsuchen wollen (Heutige Arztflucht dank dem wirtschaftlichen Elend. D. Ref.). Gerade die meisten Primäraffektträger gehören hierher. Recht gering ist die Zahl der Tripper, und sie erklärt sich nicht, wie Görl meint, aus der längeren Beobachtungszeit der Syphilitiker. Nur 1% der Gemeldeten haben sich im engeren Sinn entzogen. Für die günstigen Erfolge gegenüber anderen Beratungsstellen zieht Verf. heran: Großstadt (in Kleinstädten sind sie unmöglich); Wahl des Gebäudes (Privatgebäude, in dem auch andere Beratungen [Säuglings-, Tuberkulose- und Alkoholfürsorge] geschehen; anderwärts Kliniken, selbst das Polizeigebäude [!]); Beratung durch den Leiter, nicht durch Assistenten, tüchtiger Verwaltungsbeamter, Schonung des Gefühls des Kranken (Vorsicht mit den Vorladungen und Takt). A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Delcroix de Coster, Präsident der Belgischeu Urologischen Gesellschaft. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Dezember 1923 | Nr. 49/50 | Band 77

Aus dem Anatomischen Institut zu Hamburg.

Zur kritischen Auswertung gefärbter Strukturen in fixierten Präparaten.

Von

Dr. Wilhelm von Möllendorff, o. ö. Prof. der Anatomie.

Einer freundlichen Aufforderung des Herausgebers dieser Zeitschrift nachkommend, möchte ich im folgenden kurz über die Ergebnisse berichten, die ich im Verein mit Schülern bei Studien über die Färbung fixierter Präparate gewonnen habe [1]).

Bei der gegenwärtigen Unsicherheit der Deutung dessen, was für die Farbaufnahme in unseren Präparaten verantwortlich zu machen ist, setzten wir es uns zur Aufgabe, möglichst vorurteilsfrei bei einfachster Versuchsanordnung den Vorgang der Farbaufnahme zu analysieren. Die ersten klar übersichtlichen Ergebnisse hatten wir bei den sogenannten Bindegewebsfärbungen, daran schloß sich, weitere Aufklärungen verschaffend, die Analyse der Muskelfärbung; am meisten Schwierigkeiten boten anfangs die typischen „basischen Färbungen“ (an Kernen, Knorpel, Mastzellengranula usw.), bis es auch hier gelang, die Analyse zu einer befriedigenden Lösung zu führen.

Am Muskelzytoplasma konnte ich mit H. A. Krebs zeigen, daß bei gleichartiger Versuchsanordnung basische und saure Farbstoffe durchaus übereinstimmende Bilder geben. Bemerkenswert ist dabei, daß, wie auch schon M. Heidenhain durchblicken läßt, für die Hervorhebung der verschiedenen Einzelheiten im quergestreiften Muskel keinerlei baso- oder oxyphile Eigenschaften in Rechnung gestellt werden können; sondern

[1]) Vgl. Wilh. und Milie von Möllendorff: Durchtränkungs- und Niederschlagsfärbung als Haupterscheinungen bei der histologischen Färbung, erscheint in der Zeitschrift f. d. ges. Anatomie; Wilh. von Möllendorff und H. A. Krebs, Die Färbbarkeit des Skelettmuskelgewebes, Arch. mikr. Anat., 1923, H. 97; Wilh. von Möllendorff und M. Dörle, Über die Färbung der elastischen Fasern des Nackenbandes, erscheint im Arch. f. mikr. Anat. u. Entwmech.; Wilh. von Möllendorff, Bemerkungen zur Beurteilung gefärbter Kernstrukturen in fixierten Präparaten, M. m. W., 1923, S. 933—935.

Digitized by Google

daß anscheinend lediglich eine verschieden ausgebildete Strukturdichte die Farbverteilung bestimmt. Dies konnte daraus geschlossen werden, daß der Färbungsausfall von der Diffusionsgeschwindigkeit der basischen oder sauren Farbstoffe deutlich abhängig ist. Ein schwer diffundierender (kolloider) Farbstoff erscheint zuerst in den Grundmembranen und den locker gebauten J-Gliedern der Fibrillen; erst nach längerer Einwirkung gelangt er nach Q, den dichtesten Abschnitten der Fibrillen. Umgekehrt wird ein Farbstoff, der einmal in allen Strukturen der Muskelfaser eingelagert ist, bei der Differenzierung (Abspülen in Wasser, Alkohol, saurem [bei basischen Farben] bzw. alkalischem [bei sauren Farben] Wasser) zuerst aus den weiten Strukturen entfernt, so daß die dichtesten Teile am längsten gefärbt bleiben. Daher ist das gewöhnliche Ergebnis einer progressiven Färbung die Darstellung von Z + J, dasjenige der regressiven Färbung die fast isolierte Hervorhebung der Q-Glieder. Ich kann auf Einzelheiten hier nicht eingehen, möchte nur noch betonen, daß die gebräuchlichen Differenzierungsmittel solche Agenzien sind, die die Diffusionsfähigkeit steigern, wie ich besonders mit M. Dörle ausführen konnte. Die meist benutzten Muskelfärbungen ließen sich nach den genannten Prinzipien restlos erklären.

Die rein physikalische Konstante der Diffusionsfähigkeit spielt nun nicht nur für die Färbung des Skelettmuskels die eben ausgeführte große Rolle; sie beherrscht alle Färbungen mit sauren Farbstoffen. Dies zeigten systematische Versuche mit progressiven Einzelfärbungen und mit homogenen, d. h. aus mehreren sauren Farbstoffen zusammenbesetzten Gemischen. Wir konnten darauf hinweisen, daß in allen gebräuchlichen solchen Mischungen (van Gieson, Mallory, Unna) stets Farbstoffe von verschiedener Diffusionsgeschwindigkeit enthalten sind. Dies ist ja auch ausführlich von A. Fischer [1]) und A. Pappenhem [2]) dargelegt worden. Stets bevorzugt der diffusionsfähigere Bestandteil des Gemisches die dichter strukturierten Orte, der weniger diffusionsfähige die weitporigen Strukturen. Jeder weiß ja, wie das Ergebnis z. B. einer van Gieson-Färbung schwankt; die Konzentration der Farben, der eventuelle Säurezusatz usw. beeinflussen das Ergebnis ganz gewaltig. Diese Schwankungen beruhen auf der Labilität des Lösungszustandes und der Teilchengröße, sie wären bei einer Annahme rein chemischer Farbstoffwirkungen gar nicht zu erklären. Ich brauche an dieser Stelle auf Einzelheiten nicht einzugehen, möchte nur auf einen, wie ich glaube, wichtigen Nebenbefund hinweisen, daß nämlich die Rolle der Phosphormolybdänsäure in

---

[1]) A. Fischer, Fixierung, Färbung und Bau des Protoplasmas. Jena 1899. — [2]) A. Pappenheim, Farbchemie. Berlin 1900.

Digitized by Google

den Färbungen nach Mallory ebenfalls die einer halbkolloiden Säure ist. Hierüber bitte ich in der oben zitierten Arbeit in der Zschr. f. d. ges. Anat. nachzulesen.

Es ist nun bekannt und muß bei dieser Sachlage um so mehr auffallen, daß bei unseren gebräuchlichen Methoden saure und basische Farbstoffe auf die meisten Strukturen entgegengesetzt wirken. Gerade die fast isolierte Färbbarkeit gewisser Kernstrukturen, der Mastzellenkörner, des Schleimes, der Knorpelgrundsubstanz mit der Mehrzahl der basischen Farbstoffe war es ja auch, die der chemischen Theorie der Färbung immer wieder zum Siege verholfen hat. Wenn nun bei sauren Farbstoffen eine Verteilung zu beobachten ist, die lediglich von der Strukturendichte und von der Dispersität der Farbstofflösungen abhängt, bei basischen Farbstoffen aber spezifische Verwandtschaften zu besonderen Gewebsstrukturen beobachtet werden, so wäre eine neue Komplikation geschaffen, die die Berechtigung rein chemischer Erwägungen wenigstens zum Teil als berechtigt erscheinen lassen müßte. Die Dinge sind aber doch einer weiteren Aufklärung zugänglich geworden. Ich habe schon oben zu zeigen versucht, daß es Strukturen gibt (Muskelzytoplasma), die sich den sauren und den basischen Farbstoffen gegenüber völlig gleichartig verhalten. Weiterhin gibt es basische Farbstoffe, die sich auch anderen Strukturen gegenüber sehr ähnlich wie die sauren verhalten. Es mußte sich also eine besondere Eigentümlichkeit bei den gebräuchlichen basischen Farbstoffen auffinden lassen, die ihr abweichendes Verhalten bei der Färbung erklären konnte.

Dies führte uns dazu, die einzelnen Färbungsergebnisse zunächst einer möglichst genauen morphologischen Analyse zu unterwerfen, wobei sich herausstellte, daß die typische „basische" Färbung rein körperlich etwas ganz anderes ist als dasjenige, was man mit sauren Farbstoffen stets, aber auch vielfach bei basischen Farbstoffen antrifft. Diese morphologischen Unterschiede — doch nicht sie allein, wie sich gleich zeigen wird — führten zur Unterscheidung der Niederschlagsfärbung und der Durchtränkungsfärbung; das Vorkommen beider Färbungsarten läßt sich kurz so ausdrücken, daß alle Farbstoffe, saure wie basische, imstande sind, eine Durchtränkungsfärbung hervorzurufen, daß dagegen nur ein Teil der basischen Farbstoffe eine Niederschlagsfärbung zu erzeugen vermag.

Zunächst die morphologische Wesensart beider Färbungsphänomene! 1. Die Durchtränkungsfärbung besteht in einer völligen Durchtränkung der Strukturen mit gelöstem Farbstoff; deshalb behält auch bei starker Färbung die Struktur im aufgehellten Präparat ihr durchsichtiges Aussehen. Der Farbton entspricht demjenigen des gelösten

Digitized by Google

Farbstoffes; das ist besonders deutlich bei den sogenannten metachromatischen Farbstoffen. Entsprechend der obenerwähnten Tatsache, daß bei sauren Farben nur Durchtränkungsfärbungen beobachtet werden, kommt hier auch nicht das typische Metachromasiephänomen bei der Färbung zur Beobachtung, obwohl z. B. im Kongorubin eine mit der Ausflockung einhergehende Metachromasie in Blau bekannt ist. Bei den metachromasierenden basischen Farben Thionin und Toluidinblau erkennt man die Durchtränkungsfärbung leicht an dem rein grünblauen Ton, den der Farbstoff auch bei einer vollständigen Lösung (z. B. in Alkohol) besitzt.

2. Sowohl im Farbsitz wie im Farbton unterscheidet sich die Niederschlagsfärbung vollständig von der Durchtränkungsfärbung. Ich empfehle zur ersten Erkennung dieser Tatsache die Betrachtung eines Querschnittes von sublimatfixiertem Nackenband, der mit Toluidinblau gefärbt nnd nach einfacher Trocknung (ohne Alkoholbehandlung!) in Kanadabalsam überführt worden ist. Hier sind die elastischen Fasern — durchtränkt — völlig grünblau gefärbt, besitzen aber an ihrer Oberfläche einen unregelmäßigen Kranz rotvioletter Körnchen; mit solchen Körnchen ist auch die zwischen den Fasern liegende Interzellularsubstanz völlig besät. Diese Körnchen trifft man niemals in der Substanz der elastischen Fasern, sondern nur an ihrer Oberfläche an. Wo die Körnchen auftreten, sind sie bei Toluidinblau stets metachromatisch; es sei denn, daß das reine Rot von Wolken gelösten, d. h. blauen Farbstoffes umgeben und dadurch zu einem Mischtone umgefärbt ist. Die Niederschlagsfärbung ist an diesem Objekt wie auch sonst sehr labil; Abspülen der Präparate in heißem Wasser, in Alkohol löst die Niederschläge sehr schnell auf. Bei der Auflösung der Niederschläge entsteht der grünblaue Farbton, der vorübergehend in den Präparaten die Durchtränkungsfärbung erheblich verstärkt. Eine längere Einwirkung solcher — differenzierender — Maßnahmen verursacht allmählich ein vollständiges Abblassen der Präparate. Wir haben also erkannt: Die Niederschlagsfärbung ist ein Oberflächenphänomen, ist bei Toluidinblau metachromatisch und läßt sich leicht in die Durchtränkungsfärbung überführen. Die weiteren Forschungen lehrten nun, daß die Niederschlagsfärbung keineswegs auf die metachromatisierenden Farbstoffe beschränkt ist, sondern in gleicher Weise z. B. bei Methylgrün, frisch angesetztem Methylenblau und anderen nicht metachromatisierenden basischen Farbstoffen beobachtet wird, so daß wir die Besonderheit der Metachromasie nur darin erkennen können, daß die Niederschlagsbildung dieser Farbstoffe einen anderen Farbton aufweist als der gelöste Farbstoff. In jeder anderen Beziehung ist die Metachromasie lediglich eine Teilerscheinung des Grundphänomens der Niederschlagsfärbung.

Digitized by Google

Ferner läßt es sich sehr leicht nachweisen, daß alle für die basische Färbung charakteristischen Sondererscheinungen auf einer Niederschlagsfärbung beruhen. Als solche nenne ich: Kernstrukturen, Mastzellenkörner, Knorpel, Schleim. In allen diesen Strukturen gelingt es mehr oder weniger klar, die obenerwähnten Eigentümlichkeiten der Niederschlagsfärbung nachzuweisen. Besonders schön und wichtig für die Deutung der Einzelheiten ist diese Analyse am Kerne gelungen; sie ergibt, daß eine prinzipielle Unterscheidung von „Chromatin", Nukleolen, Chromosomen lediglich nach der Färbbarkeit gar nicht möglich ist. Alle diese Strukturen sind sowohl einer Durchtränkungsfärbung (und zwar mit sauren und basischen Farbstoffen) zugänglich, auch läßt sich an ihrer Oberfläche eine Niederschlagsfärbung erzeugen. Was wir als „Basichromatin" bezeichnen, ist sicher zum Teil ein Kunstprodukt, das zwar den Ort einer reellen Struktur darstellt, dieselbe aber durch mehr oder weniger reichliche Niederschlagskörnchen vergröbert.

Der Farbton der einzelnen Strukturen ist bekanntlich bei der Anwendung metachromatischer Farbstoffe sehr verschieden. Am reinsten kommt die Metachromasie an den Mastzellkörnern, am Knorpel, weniger rein beim Schleim und am wenigsten an den Kernstrukturen zum Ausdruck. Es gelang uns nachzuweisen, daß diese Unterschiede in einer verschiedenen Widerstandsfähigkeit der Farbstoffniederschläge gegen lösende Agenzien (Wasser, Alkohol) ihren Grund haben. Je stärker lösend z. B. Alkohol wirkt, um so mehr wird die Niederschlagsfärbung von Toluidinblau nach blau umgefärbt; man kann dann an geeigneten Präparaten nachweisen, daß jedes Niederschlagskorn von einer feinen grünblauen Diffusionshülle umgeben ist. Für schwächere Vergrößerungen bekommt dann eine solche Struktur einen Mischton zwischen Blau und Rot.

Ein systematisches Verständnis des Unterschiedes zwischen Durchtränkungs- und Niederschlagsfärbung und damit der Sonderstellung vieler basischer Farbstoffe bei der Färbung ließ sich nun erhoffen, wenn es gelang, das Wesen der Niederschlagsfärbung aufzuklären. Wir untersuchten in dieser Absicht die verschiedensten Einflüsse, von denen eine ausflockende Wirkung auf basische Farbstoffe bekannt ist, und konnten — auf Einzelheiten gehe ich hier nicht ein — feststellen, daß nur die ausflockende Wirkung saurer Kolloide, wie saure kolloidale Farbstofflösungen, Hefenukleinsäure, Phosphormolybdänsäure mit dem Zustandekommen der Niederschlagsfärbung vergleichbar ist. Die Niederschlagsbildung, die wir als ein wesentliches Merkmal bei der Färbung mit bestimmten basischen Farbstoffen aufgefunden haben, stellt sich als ein Flockungsprodukt dar, das an der Oberfläche von Strukturen in Gegenwart von kolloiden Säuren zustande kommt. Über die

Digitized by Google

Art dieser Säure läßt sich vorerst nichts sagen; wir bestreiten, daß die Färbung bisher imstande ist, bestimmte chemische Körper in den Geweben zu lokalisieren. Hierzu fehlen noch die meisten Voraussetzungen. Einen Weg sehen wir jetzt: Die Flockungsprodukte an den einzelnen Strukturen sind gegen Alkohol verschieden gut löslich, und zwar in dem gleichen Maße leichter löslich, je weniger rein die Metachromasie z. B. in einem Toluidinblaupräparat erhalten bleibt, wenn man dasselbe durch Alkohol hochführt. Durch systematische Beachtung solcher Unterschiede gelingt es vielleicht einmal, die Natur der verschiedenen kolloidalen Säuren genauer zu umgrenzen. Jedenfalls wird keine mikrochemische Studie zu zuverlässigen Ergebnissen führen, wenn sie die Eigenart der kolloidalen Zustandsänderungen nicht berücksichtigt.

Die große Menge der basischen Farbstoffe unterscheiden sich sehr erheblich untereinander durch ihre Befähigung zur Niederschlagsfärbung, besonders wenn wir die progressiv gefärbten Präparate durch Alkohol führen, also differenzieren. Die gleichen Unterschiede ergeben sich, wenn wir dieselben Farbstoffe im Reagenzglas mit Nukleinsäure oder anderen sauren Kolloiden flocken und die Niederschläge mit Alkohol lösen. „Gute Kernfarbstoffe", die eine scharfe Niederschlagsfärbung erzielen lassen, zeichnen sich durch fast alkoholunlösliche Nukleinsäureniederschläge aus. Ich muß auf meine eingangs zitierte Arbeit verweisen, in der die Einzelheiten zu diesen Ausführungen enthalten sind.

Wir glauben in den Phänomenen der Durchtränkungsfärbung und Niederschlagsfärbung zwei Grundeigentümlichkeiten des Färbungsprozesses aufgedeckt zu haben, die bei der Erklärung keines Färbereiergebnisses außer acht gelassen werden sollten. Nur einige Beispiele möchte ich in dieser Hinsicht anführen: Es ist ersichtlich, daß wir aus den Färbephänomenen an sich nicht berechtigt sind, oxyphile und basophile Strukturen zu unterscheiden. Vielmehr sind alle Strukturen einer Durchtränkungsfärbung zugänglich, wobei unabhängig von der basischen oder sauren Natur der Farbstoffe nur die Diffusionsfähigkeit der Farbstoffe und die Strukturendichte über die Verteilung der Farbstoffe entscheidet. Es ist für den Histologen bei dieser Sachlage ganz gleichgültig, ob sekundäre chemische Verankerungen, für die wir bisher übrigens keine sicheren Anhaltspunkte haben gewinnen können, hier und dort zwischen Gewebe und Farbstoff zustande kommen. Niederschlagsfärbungen werden nur an bestimmten Gewebsorten beobachtet; hier wäre mit einiger Berechtigung von einer „Basophilie" zu sprechen, da saure Kolloide zum Entstehen der Niederschläge sicherlich beitragen. Ob allerdings die sauren Kolloide im Innern der Strukturen enthalten sind, an deren Oberfläche wir die Niederschläge antreffen, ist, worauf auch Kestner in der Dis-

Digitized by Google

kussion zu meinem Vortrage im Hamburger Biologischen Verein hinwies, nicht bestimmt zu sagen. Da ja die Niederschlagsfärbung ein typisches Oberflächenphänomen ist, könnten die sauren Kolloide auch gut zwischen den Strukturen verteilt liegen. Wir sind also vorerst nur berechtigt, von einer Basophilie gewisser Gewebsorte zu sprechen, wobei wir dieselbe aber nicht den rein chemischen, sondern den kolloidchemischen Phänomenen zuzurechnen haben. Für eine Oxyphilie dagegen ergibt sich aus der Färbung keinerlei Anhaltspunkt; vor allem müssen wir uns von der Vorstellung einer mosaikartigen Nebeneinanderlagerung basophiler und oxyphiler Substanzen freimachen. Diese Vorstellung konnte nur durch ein Außerachtlassen der physikochemischen Verteilungsgesetze zustande kommen.

Greifen schon diese Grundvorstellungen an die Fundamente der chemischen Erklärungsversuche der Färbung, so möge auch noch an wenigen Beispielen die Anwendbarkeit der neuen Vorstellung auf die Erklärung einiger Methoden dargetan werden. Die Unterscheidung von Oxydations- und Reduktionsorten, wie sie durch Unnas Methoden ermöglicht werden soll, vermag ich nicht anzuerkennen. Ich habe mich in einer Nachprüfung der Permanganatmethode davon überzeugt, daß die Verteilung des braunen Farbstoffes in einem Hautschnitte in allen wesentlichen Einzelheiten der Verteilung eines halbkolloiden sauren Farbstoffes entspricht und vollkommen in den Bereich der Durchtränkungsfärbung fällt. Die typische Verteilung des braunen Farbstoffes entspricht also vollkommen dem, was ich mit anderen sauren Farbstoffen erzielen kann, und ich müßte die Reduktionskraft des Gewebes für die Verteilung aller nicht Niederschläge bildender Farbstoffe verantwortlich machen, was unmöglich stimmen kann. Allein die Bildung des braunen Mangandioxyds mag auf einer Reduktion beruhen, obwohl auch hier an einen unabhängig von Reduktion verlaufenden Kolloidprozeß gedacht werden kann. Für die Farbverteilung wesentlich ist aber nur, daß das braune Produkt vorübergehend einen für die Färbung günstigen Dispersitätsgrad besitzt — man muß stets frisches Permanganat benutzen, weil schon reduziertes keine kolloide Lösung bildet, sondern sehr schnell in groben, nicht mehr färbenden Flocken absetzt. Wir können demnach dem Manganbilde nur die Tatsache entnehmen, daß durch das Gewebe die beschleunigte Bildung eines braunen, halbkolloiden sauren Farbstoffes hervorgerufen wird. Dagegen läßt die verschieden intensive Färbung der einzelnen Strukturen keinen Schluß auf die Reduktionskraft der Strukturen zu.

Umgekehrt fassen wir die Rongalitmethode als eine Methode auf, die eine nur schwache aber möglichst reine Niederschlagsfärbung zustande bringt, worauf ich im einzelnen aber nicht eingehen möchte. Nur auf das Neutralviolett extra von Unna und Golodetz möchte ich noch

Digitized by Google

hinweisen, weil hier nach unserem Dafürhalten ein besonders eindringliches Beispiel vorliegt, das sich aus unseren Vorstellungen heraus zwanglos erklären läßt. Neutralviolett ist ein Gemisch aus den basischen Farbstoffen Neutralrot und Neublau. Neublau diffundiert sehr schwer, eignet sich deshalb recht gut zur Durchtränkungsfärbung, weil seine relativ groben Teilchen in den Gewebsporen gut haften; es kommt noch dazu, daß Neublau relativ schlecht flockbar ist, was ebenfalls die Durchtränkungsfärbung begünstigt. Neublau bevorzugt aus diesen Gründen eine Reihe plasmatischer Strukturen, beteiligt sich aber auch an der Niederschlagsfärbung, wobei es aber allenthalben von Neutralrot überlagert wird; dieser Farbstoff ist nämlich in seinen gelösten Teilen sehr leicht diffusionsfähig, deshalb mit dem Neublau in der Durchtränkungsfärbung nicht konkurrenzfähig, dagegen gehört er zu den besten Niederschlagsbildnern und übertrifft deshalb das Neublau an den Orten der Niederschlagsfärbung. Alle Ergebnisse dieser interessanten Färbung lassen sich aus diesen Gesichtspunkten heraus erklären, während die Deutung des Ergebnisses aus Reduktions- und Oxydationserscheinungen heraus mir nicht klar geworden ist.

Man müßte selbstverständlich viel weiter ausholen, um die Berechtigung der neuen Anschauung durch eine Analyse aller Färbmethoden vollkommen darzutun; vor allem wäre hier auf die alten Paradebeispiele der chemischen Theorie, die heterogenen, aus sauren und basischen Farben zusammengesetzten Gemische, einzugehen. Ich habe dies bisher unterlassen, weil hier in kolloidchemischem Sinne sehr komplizierte Verhältnisse vorliegen, die einer exakten Analyse bedürfen. Prinzipiell bieten uns aber gerade diese Färbungen nichts Neues. Jedenfalls ist es erstaunlich, wieviel sich durch die Anwendung der dargelegten Grundvorstellungen erklären läßt. Hier kam es mir nur darauf an, die Prinzipien kurz darzulegen. Möge sich mit dem weiteren Fortschreiten der Lehre von den kolloiden Zuständen auch für die Färbungsprobleme ein weiterer Fortschritt verbinden, damit wir immer mehr in die Lage versetzt werden, unsere prachtvollen Färbemethoden auch theoretisch auszuwerten.

Antwort.

Von

P. G. Unna.

Prof. v. Möllendorff hat in dankenswerter Weise den Inhalt seines Vortrags über die Farbaufnahme unserer histologischen Präparate, den er im biologischen Verein in Hamburg hielt, in unserer Wochenschrift mitgeteilt, und unser Mitherausgeber Prof. Delbanco bat mich, zu dieser Arbeit von meinem chemischen Standpunkte aus Stellung zu nehmen.

Digitized by Google

Ich will es versuchen, weil ich glaube, daß die scharfe Gegenüberstellung der rein physikalischen Theorie v. MÖLLENDORFFS und meiner chemischen zur Klärung der Färbungsprozesse im allgemeinen beitragen kann.

Diese Theorien gehen von ganz verschiedenen Voraussetzungen aus und streben ganz verschiedenen Zielen zu. v. MÖLLENDORFF betont schon im Titel, daß er nur von fixierten Präparaten reden wolle, und ich habe öfters darauf hingewiesen, daß meine chemische Theorie erwachsen ist aus dem Studium unfixierter, nur in Alkohol entwässerter Gewebe. Meine Sauerstoffärbungen haben sogar außer der Abwesenheit jeder Fixation auch die der Alkoholhärtung zur Voraussetzung. Selbstverständlich schließt auch jede Fixierung mit Metallsalzen die Anwendung unserer von EHRLICH stammenden Nomenklatur (basische und saure Eiweiße) aus. v. MÖLLENDORFF hätte deshalb wohl daran getan, wenn er auf die verschiedenen Arten seiner Fixierungen, die seine Präparate von den meinigen absolut trennen, näher eingegangen wäre. Nur beiläufig erfahren wir, daß er bei Toluidinfärbung konzentrierte Sublimatlösung zur Fixation angewendet hat. Ich brauche, abgesehen von den chemisch ganz intakten Gefrierschnitten, nur die Wasserentziehung durch absoluten Alkohol als Vorbereitung für die Schnittfärbung. Dieser entzieht dem Gewebe nur gewisse Lipoide, läßt aber die Eiweißstruktur der Zelle intakt.

Wir beide sprechen also von absolut verschiedenen Dingen, wenn wir über Färbung reden, und haben also möglicher-, ja wahrscheinlicherweise alle beide — jeder für sein Material — recht. Weshalb treten wir denn hier nicht als Bundesgenossen, sondern als Gegner auf? Weil wir ganz verschiedene Ziele verfolgen. Dasselbe gefärbte Präparat dient v. MÖLLENDORFF zur Erforschung der feineren Struktur, mir als chemischer Baustein des Gewebes.

v. MÖLLENDORFF mag mit seiner auf das Diffusionsvermögen aufgebauten Unterscheidung einer Durchtränkungsfärbung von einer Niederschlagsfärbung für fixierte Gewebsschnitte völlig recht haben. Mir sagt diese physikalische Unterscheidung künstlich veränderter Gewebe nichts über die chemische Natur derselben, und wenn ich über die Niederschlagsbildung als letztes Wort von ihm erfahre, daß es „ein Flockungsprodukt ist, das an der Oberfläche von Strukturen in Gegenwart von kolloiden Säuren zustande kommt", so glaube ich kaum, daß ein solches Ziel mich vor 50 Jahren sehr gelockt haben würde, die Mikroskopie der Gewebe zu meiner Lebensaufgabe zu machen.

Besonders „schön und wichtig für die Deutung der Einzelheiten" ist v. MÖLLENDORFF die Analyse der Niederschlagsfärbung am Kern gelungen. Sie ergibt ihm, „daß eine prinzipielle Unterscheidung von Chromatin, Nukleolen und Chromosomen lediglich nach der Färbbarkeit gar nicht

Digitized by Google

möglich ist". Daß man Nukleolen und Chromatinkörper tinktoriell nicht unterscheiden könne, klingt für jeden, der sich mit der Methylgrün + Pyronin-(Pappenheim-Unna-) Färbung beschäftigt hat, wie ein Hohn. Denn mit dieser Methode lassen sich die kleinsten Nukleinpartikel jederzeit scharf vom Kernkörperchen unterscheiden, und diese Unterscheidung ist natürlich eine rein chemische, es ist die Differenz zwischen Nuklein und Globulin. Gerade an dieser Stelle verrät sich die ganze Schwäche der physikalischen Färbungsdeutung. Die Chromolyse hat uns längst gelehrt, daß alle einzelnen Kernteile, das Kernkörperchen mit eingeschlossen, von einer feinen Nukleinhaut allerseits umgeben sind. So wird beispielsweise das globulinhaltige Kernkörperchen bei der genannten Methode durch das Pyronin rot gefärbt, ist aber noch von einer grün gefärbten Nukleinhülle eingeschlossen. v. Möllendorff und ich, wir haben also beide genau dasselbe gefunden. Jener findet überall im Kern dieselbe Niederschlagsfärbung nnd ich dieselben Oberflächenhäutchen. Nur kann ich dem Leser nebenbei verraten, daß gerade diese Häutchen im Kern und nur diese aus Nuklein bestehen, was ich durch die chemischen Lösungsmittel des Nukleins jederzeit beweisen kann.

v. Möllendorff bestreitet ganz allgemein, daß „die Färbung bisher imstande ist, bestimmte chemische Körper im Gewebe zu lokalisieren." Für mich ist es gerade ein Triumph unserer chemischen Färbekunst, daß wir imstande sind, in dem winzig kleinen Kernkörperchen jedes tierischen Kerns außer 2 basischen Eiweißen noch speziell die genannten beiden sauren Eiweiße (Nuklein und Globulin) tinktoriell zu lokalisieren. Ersteres nimmt vorzugsweise den Rand, letzteres die Mitte ein. Für mich persönlich ist sogar gerade diese Lokalisation des Globulins in der Mitte des Kernkörperchens ein Tribut, den ich dankbar dem Andenken meines verehrten Lehrers Hoppe-Seyler, des Entdeckers des Globulins zolle, der 1871 in seinen Vorlesungen in Straßburg wiederholt betonte, daß die tierischen Zellen nicht globulinfrei seien, was damals allgemein angenommen wurde, sondern das jede tierische Zelle etwas Globulin enthalte. Über die Lokalisation desselben in der Zelle wußte er uns freilich nichts zu sagen. Diese aufzuklären ist der Pappenheim-Unna-Färbung vorbehalten geblieben.

Für v. Möllendorff ist es „ersichtlich, daß wir aus den Färbephänomenen an sich nicht berechtigt sind, oxyphile und basophile Strukturen zu unterscheiden". Für uns Biochemiker andererseits ist nichts leichter, als im Kernkörperchen tinktoriell 2 basische Eiweiße (oxyphile Strukturen) von verschiedener Löslichkeit neben 2 sauren Eiweißen (basophilen Strukturen) von verschiedener Löslichkeit auf dem Wege der Chromolyse nachzuweisen.

Digitized by Google

Nach v. Möllendorff „müssen wir uns von der Vorstellung einer mosaikartigen Nebeneinanderlagerung basophiler und oxyphiler Substanzen frei machen. Diese Vorstellung konnte nur durch ein Außerachtlassen der physikochemischen Verteilungsgesetze zustande kommen." Vollkommen richtig! Ja, glücklicherweise haben wir bei der Darstellung des chemischen Zellenmosaiks das enge Gehege der physikalischen Verteilungsgesetze ganz beiseite gelassen, um unseren Blick allein auf das freie Feld der chemischen Affinitäten zu richten. Und bei dieser Jagd fanden wir etwas mehr als bloße Erklärungsmöglichkeiten, wie die Physikochemiker. Wir fanden eine Anzahl von früher ganz unbekannt gebliebenen Stoffen im Gewebe, und solche Entdeckungen kann die Methode der Chromolyse noch öfter zutage fördern, eine Methode, die nach rein chemischen Grundsätzen verfährt. Dazu gehört nichts weiter als Geduld und ein wenig manuelles Geschick.

Da v. Möllendorff dieses wichtigste Ergebnis der chemischen Theorie der Färbung gar nicht erwähnt, so kann ich nicht umhin, einige allbekannte Beispiele anzuführen, wo sehr wichtige Entdeckungen in der Histologie rein durch Färbungen und chemische Versuche gemacht sind, in völliger Unbekanntschaft mit den modernen Verteilungsgesetzen der Kolloidsubstanzen. Es ist die Entdeckung des sauren Anteils im Protoplasma, des Granoplasmas, chemisch: Cytose genannt, einer Substanz, welche lange unbeachtet, jetzt in morphologischer, genetischer, tinktorieller, chemischer und biologischer Hinsicht das bestbekannte von allen Zelleneiweißen ist. Niemals wäre in diesem Punkt wissenschaftliche Klarheit erreicht, wenn ich die Cytose von Anfang an für ein physikalisch bedingtes Färbungsphänomen gehalten hätte, anstatt sie chemisch zu isolieren.

Als zweites Beispiel nenne ich die sauren Kerne, die jetzt in anatomischer, chemischer und biologischer Beziehung vollständig erforscht sind, wenn auch die Lehrbücher bisher nur wenig Notiz von denselben nehmen. Auch diese so stiefmütterlich behandelten Gebilde hätte ich nicht seit 1895 unablässig bearbeitet, wenn es sich nur um ein physiko-chemisches Phänomen gehandelt und mir nicht als Lohn ihre biochemische Erforschung gewinkt hätte. Sie werden auch einst in ihrer Bedeutung so anerkannt werden, wie das Granoplasma und die Plasmazellen heute bereits.

Und nun gar die oben erwähnte Entdeckung von Globulin im Innern des Kernkörperchens einer jeden tierischen Zelle. Hält v. Möllendorff es für wahrscheinlich, daß ein Physikochemiker diese Entdeckung, die heute jeden Augenblick mit den Globulinreagentien verifiziert werden kann, der Welt geschenkt hätte, wenn sie mir nicht mit Hilfe einer geeigneten basischen Doppelfärbung und jenen chemischen Reagentien geglückt wäre?

Diese Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, daß der Fortschritt der Histologie auf der Seite des rein chemischen Denkens und Arbeitens

Digitized by Google

liegt, und es wäre geradezu verdienstlich, wenn v. MÖLLENDORFF dem gegenüber einmal die histologischen Entdeckungen zusammenstellen wollte, welche wir der physikochemischen Betrachtungsweise der Gewebe verdanken, denn „an den Früchten sollt ihr sie erkennen".

Nun noch ein paar Worte zu der Beurteilung meiner Sauerstoffmethoden durch v. MÖLLENDORFF. Er gibt mir zu, daß die Bildung des braunen Mangandioxyds auf einer Reduktion des Permanganats durch das tierische Gewebe beruht. Mehr brauche ich nicht; in diesem wesentlichen Punkte stimmen wir also wieder überein. Darüber hinaus erhalte ich die dankenswerte Mitteilung, daß die Verteilung des braunen Mangandioxyds im Gewebe die Verteilung eines „halbkolloiden sauren Farbstoffes" ist. Auch hiermit kann ich zufrieden sein, denn es entspricht meiner Ansicht, daß das Mangandioxyd sich mit den basischen Grundeiweißen der Stachelschicht und Hornschicht chemisch verbindet. v. MÖLLENDORFF kann aber dieselbe Verteilung auch mit anderen sauren Farben erzielen. Auch dafür habe ich ungezählte Beispiele. Nun aber kommt der erstaunliche Schluß: dann müßte er aber „die Reduktionskraft für die Verteilung aller nicht Niederschläge bildenden Farbstoffe verantwortlich machen, was unmöglich stimmen kann". Also weil hier einmal durch Reduktion ein saurer Farbstoff erzeugt wird, müsse man die Verteilung aller sauren Farben auf Reduktion zurückführen. Ich denke, es genügt, auf diese Schlußfolgerung hinzuweisen. — Eigentümlich berührt auch die Bemerkung v. MÖLLENDORFFS, man müsse „stets frisches Permanganat benutzen, weil schon reduziertes keine kolloide Lösung bildet". Ich denke, es müßte heißen, „weil schon reduziertes selbstverständlich keine Reduktion durch tierisches Gewebe mehr anzeigen kann". Schließlich will v. MÖLLENDORFF aus der verschieden intensiven Färbung der einzelnen Strukturen keinen Schluß auf die Reduktionskraft der Strukturen zulassen. Dazu habe ich zu bemerken, daß ich diesen Schluß nur gezogen habe wegen der absoluten Konstanz der Farbenskala vom farblosen Kollagen über den gelblichen Kern zum bräunlichen Plasma der Stachelzellen und zum Dunkelbraun der Hornzellen. Da diese Skala überall dieselbe ist, so ist der Schluß auf das Ansteigen der Reduktionskraft mit der Menge des vom reduzierenden Eiweiß gebundenen Mangandioxyds völlig gerechtfertigt.

Zu v. MÖLLENDORFFS Äußerungen über das Neutralviolett habe ich zu sagen, daß nur die bemerkenswerte Verschiedenheit dieses Dibasichroms gegenüber lebendem und totem Gewebe eine Parallelstellung desselben zu meinem Sauerstoffreagens Rongalitweiß eröffnete. Wer die Bedeutung dieses letzteren nicht anerkennt, wird sich mit dem Neutralviolett selbstverständlich noch weniger befreunden können.

Digitized by Google

Erwiderung auf P. G. Unnas „Antwort".

Von

Wilh. von Möllendorff.

Eine Brücke zu schlagen zwischen seinen und meinen Ergebnissen, erscheint P. G. Unna wünschenswert; dies bedeutet mir trotz Unnas Versuchen, auch jetzt noch die Ergebnisse der physikalischen Analyse der Färbung als reiz- und bedeutungslos gegenüber seinen chemischen Methoden hinzustellen, eine wichtige Anerkennung meiner Arbeit. Einen wesentlichen Versuch, meine Resultate zu entkräften, finde ich in Unnas Antwort nicht. Seine Theorie kann mich dadurch nicht mehr überzeugen, daß mir ihre Ergebnisse, die mir bekannt sind, von neuem entgegengehalten werden. In meiner zitierten Arbeit wird Unna ausführlicher dargelegt finden, warum ich selbst mich für berechtigt halte, seine Theorie abzulehnen. Auch sehe ich meine Aufgabe nicht darin, als Gegner Unnas aufzutreten, sondern hege die Hoffnung, daß Unna nach Erscheinen meiner ausführlichen Mitteilungen selbst das Bedürfnis haben wird, seine „Chromolyse" physikochemisch zu durchdenken.

Im einzelnen liegen allerdings auf seiten Unnas einige Mißverständnisse vor, die ich dem unbefangenen Leser gegenüber richtig zu stellen mich verpflichtet fühle. Unna weiß, daß das Schwergewicht meiner bisherigen Arbeiten auf die Erforschung der Farbstoffwirkungen auf lebende Gewebe gerichtet ist; er hätte mir daher zutrauen können, daß ich die Bedeutung des Fixierens nicht übersehen habe. Es ist aber gerade eines der größten Bedenken, die ich gegen Unnas Schlußfolgerungen habe, daß er seine Sauerstoffmethoden an sozusagen lebendem Materiale vorzunehmen glaubt. Meiner Meinung nach hat in bezug auf die Farbstoffverteilung schon die durch das Gefrieren und die giftige, weil sehr konzentrierte, Farbstofflösung bewirkte Gewebsveränderung die Bedeutung einer Art von „Fixierung". Jedenfalls arbeitet Unna stets mit totem, nie mit lebendem Gewebe. Aus diesem Grunde widersprechen auch seine Vorstellungen über die Verteilung der Sauerstofforte allem, was wir aus anderen Methoden über den Sauerstoffwechsel der lebenden Masse wissen (s. a. Oxydasereaktion, ferner die Theorien von O. Warburg und H. Wieland). Färberisch entsprechen die RW-Färbungen vollkommen der Färbung von Gefrierschnitten (evt. nach Rongalitbehandlung) mit verdünnten Methylenblaulösungen (es ist nicht angängig, zum Vergleich Präparate heranzuziehen, die mit konzentrierter Methylenblaulösung gefärbt sind, wie Unna dies tut). Ich kann es darum auch nicht zugeben, daß Unna und ich von ganz verschiedenen Dingen sprechen; vielmehr liegt die Sache so, daß ich darzulegen versuche, daß Unnas Ergebnisse eben nicht an unfixiertem Materiale gewonnen sind, sondern infolge der Giftwirkung seiner konzentrierten Lösungen durchaus unseren gewöhnlichen Färbungen entsprechen, wobei natürlich die Besonderheiten der Unnaschen Technik bei den einzelnen Vergleichen berücksichtigt werden müssen. Wie für die RW-Färbung gilt dies natürlich auch für meine Unterscheidung von Durchtränkungs- und Niederschlagsfärbung, die Unna im Gegensatz zu seinen Methoden auf fixiertes Material beschränken will. Ob das Ziel, daß meinen Methoden vorschwebt, verlockend ist, entscheidet ja wohl nicht über die Bedeutung der neuen Erkenntnisse.

Digitized by Google

Tatsächlich bin ich imstande, bis in feinste Einzelheiten den Färbungsvorgang und sein Ergebnis physikochemisch aufzuklären und habe aus diesem Grunde gegen die Unnaschen Theorien die größte Skepsis, die mit mir alle Forscher so lange bewahren werden, bis die Unnasche Chromolyse und seine anderen Methoden den gewaltigen Einfluß der Oberflächenwirkungen auf die Farbverteilung berücksichtigt haben werden. Rein optisch haben die Unnaschen Methoden den unzweifelhaften Wert wie viele andere histologische Methoden; seine Erklärung geht aber von einer gänzlich unzulässigen Voraussetzung aus, daß nämlich Reagensglasreaktionen ohne weiteres auf die Schnitte übertragbar sind. Es muß aber berücksichtigt werden, daß wir im Reagensglas mit gelösten chemischen Körpern arbeiten, im Schnitte aber erst das Kolloidmilieu mit seinen ungeahnten Oberflächenwirkungen überwinden müssen. Ich glaube, wir können die Entscheidung über diese Hauptfrage ruhig der Zukunft überlassen, die vielleicht über ein besser durchgearbeitetes Material verfügen wird, als wir heute, wo eine systematische Erforschung der Beziehungen zwischen Farbstoff und Kolloiden erst eben begonnen ist.

Ich bedaure, wenn es Unna als Hohn empfindet, daß ich Nukleolen und Chromatinkörper tinktoriell nicht unterscheiden könne: 1. Unna-Pappenheim-Bilder kenne ich natürlich auch, was mir Unna ja auch zutrauen wird, 2. habe ich auch nur das gesagt, daß das Basichromatin ein durch die Niederschlagsbildung hervorgerufener Begriff ist, und daß alle Kernstrukturen sowohl der Niederschlags- (id est Oberflächenfärbung) wie der Durchtränkungsfärbung zugänglich sind; dies betrifft in der Tat sowohl das Chromatin wie den Nukleolus, wie auch die Chromosomen. Der wesentliche Unterschied wird also immer die morphologische Form sein. 3. Die von Unna vorgenommene „Nukleinsäurelösung" verhindert ein Zustandekommen der Niederschlagsfärbung; mehr kann man daraus nicht schließen. Meiner Meinung nach kann die kolloide Säure ebensogut im Innern des Nukleolus wie im Kernsaft liegen; die Niederschläge würden sich in jedem Falle nur an den Grenzflächen anreichern. Diese Beobachtung ist aber durch Unnas Bemerkungen nicht widerlegt, und sie ist es hauptsächlich, die das Neue und Wesentliche an meiner Darstellung ist.

Gänzlich mißverstanden hat Unna die Gründe meiner Ablehnung seiner Vorstellung über die Verteilung der Reduktionsorte. Hier liegt aber gerade ein prinzipieller Gegensatz unserer Anschauungen vor, der von Unna nicht geklärt ist. Für Unna ist die Stärke der Braunfärbung das Maß der Reduktionskraft; da ich festgestellt habe, daß allgemein saure Farbstoffe mit kolloiden Lösungseigenschaften mit der gleichen Konstanz dieselben Färbungsunterschiede herausbringen wie die Manganmethode, so gibt es nur zwei Möglichkeiten: entweder beruht jede singuläre saure Färbung auf dem Reduktionsvermögen der einzelnen Strukturen oder die Manganfärbung zeigt keine Reduktionsorte an. Ich bedaure, daß Unna es sich hat daran genügen lassen, auf diese Schlußfolgerung als „erstaunlich" hinzuweisen, statt sie zu widerlegen. Ich bitte ihn dies nachzuholen, wenn meine ausführlichen Erörterungen dieser Angelegenheit in der zitierten Arbeit und in der 2. Aufl. des Oppenheimerschen Handbuches der Biochemie vorliegen werden. Ich kann nur wiederholen, daß meinen Ergebnissen nach die singuläre saure Färbung durch die verschiedenartige Strukturendichte zu erklären ist, mit dem Reduktionsvermögen aber gar nichts zu tun hat.

Ich bin mir bewußt, durch meine Erwiderung Herrn Unna nicht überzeugen zu können. Mag der Fortgang der Forschung zeigen, welche Ergebnisse von Bestand sein werden. Daß die Erforschung der physikalischen Bedingungen keine chemischen Ergebnisse zutage fördern kann, ist selbstverständlich. Ich glaube, überzeugend dargelegt zu haben, daß die physikalischen Eigenschaften der Gewebe von so beherrschendem

Digitized by Google

Einfluß auf die Farbverteilung in abgetötetem Gewebe sind, daß wir vorerst von rein chemischen Wirkungen nichts erkennen können. Auch die „Chromolyse" wird sich diesen Erkenntnissen anbequemen müssen; die Art, wie Unna seine Ergebnisse ausdeutet, negiert die physikalischen Faktoren und entbehrt damit der Glaubwürdigkeit. Unna wird nicht umhin können, diese Ergebnisse zu widerlegen, wenn er für seine Theorien weiterhin den Anspruch der Richtigkeit erheben will.

Schlußantwort.

Von

P. G. Unna.

Es ist wenig Aussicht vorhanden, daß ich noch einmal das Bedürfnis empfinden werde, meine Chromolyse „physikochemisch durchzudenken", wie mir v. Möllendorff anrät. Die Resultate meiner von Anfang an histochemisch gerichteten Denkweise haben durch ihre klare Fragestellung und die Fruchtbarkeit ihrer Anwendung zu so vielen heute anerkannten Entdeckungen geführt, daß ich mich am Schlusse meines Lebens nicht noch nach einer anderen Erklärungsmöglichkeit sehne. Ich möchte im Gegenteil von v. Möllendorff erfahren, welche neuen anatomischen Befunde, vergleichbar meinen Entdeckungen der Plasmazellen, der Zytose, des Globulins und der 4 Eiweiße des Kernkörperchens, der sauren Kerne, des Elazins und Kollastins, des basophilen und metabasophilen Kollagens, des Histongehalts und der Histonfärbung der Nerven usw., er auf seinem physikochemischen Wege das Glück hatte zu finden. Auf diese schon einmal gestellte Frage ist v. Möllendorff die Antwort schuldig geblieben, wenn ich nicht den folgenden Satz als eine Antwort aufzufassen habe: „Daß die Erforschung der physikalischen Bedingungen keine chemischen Ergebnisse zutage fördern kann, ist selbstverständlich." Das ist allerdings ein bescheidenes Ergebnis für das ganze Lebenswerk eines führenden Physikochemikers. Ja, wozu denn die ostentative Herbeiziehung der Kolloidchemie in den Kreis der tinktoriellen Histologie? Sie hinkt doch den durch reine Chemie gefundenen Tatsachen allzusehr nach.

Doch gehen wir von den histologischen Tatsachen zu v. Möllendorffs eigentlichem Fache, zur Färbungstheorie über.

Die Annahme, daß meine Gefriermethodik mit anschließender Färbung eine Art von Fixierung sei und ich daher auch, wie er, nur an fixiertem Material gearbeitet habe, ist eine von v. Möllendorff durch nichts gestützte Hypothese. Ich bin neugierig, wie die Fachkollegen v. Möllendorffs diese neue Fixierungsmethode aufnehmen werden. Übrigens erhält man bei Injektion von Rongalitweiß in das lebende Gewebe selbst, z. B. das lebende Gewebe von menschlichem Karzinom, in Kaninchen- und Rattenhaut dieselben Resultate wie beim Gefrierschnitt, nämlich die Kerne und Mastzellenkörner als Säuerstofforte.

Ganz entschieden widersprechen muß ich also v. Möllendorff in bezug auf seine Behauptung: „Unna arbeitet stets mit totem, nie mit lebendem Gewebe." Ich empfehle ihm zur Aufklärung darüber, was lebend und was tot ist, meine Neutralviolettfärbung, die alles tote Gewebe gleichmäßig violett anfärbt, während lebendes Gewebe (z. B. Gefrierschnitte) ihm blaue Muskeln und blaues Plasma neben roten Kernen und rotbraunen Mastzellen zeigen wird.

Unfaßlich ist es mir, wie v. Möllenorff dazu kommt, mir den elementaren Fehler zuzutrauen, Reagenzglasversuche ohne weiteres auf lebendes Gewebe zu übertragen. Es

Digitized by Google

geht mir daraus hervor, daß ihm meine Bemühungen, am selben Material den Kontrast einer Tot-Lebendfärbung zu erzielen, unbekannt geblieben sind. Gerade im Gegenteil haben mich die Beobachtungen am überlebenden Gewebe erst dazu geführt, Reagenzglasversuche anzustellen.

v. MÖLLENDORFF irrt sich gründlich, wenn er glaubt, daß ich die physikalischen Einflüsse auf den Färbeprozeß nicht anerkenne. Ich habe schon in meiner alten Arbeit über die Geschichte der Bakterienfärbung (1888) die physikalischen von den chemischen Arten der Entfärbung strenge getrennt. Daß ich damals nicht auch die Färbung zum Teil auf physikalische Vorgänge zurückführte, davor bewahrten mich meine damaligen Studien über die chemische Theorie der Färbung (Arch. f. mikrosk. Anat., 1887). Immer habe ich aber seither die Entfärbung des Kollagens nach der Methylenblaufärbung auf die kollagenquellenden, also physikalisch wirkenden Entfärber (H_2O_2, Glyzerinäther und andere Sauerstoffmittel, Säuren) zurückgeführt. Gewiß ist also ein physikalischer Einfluß auf den Färbeprozeß vorhanden, aber für die eigentliche Färbung ist er nur eine Beschränkung, ein Hindernis, welches die chemische Affinität zwischen Gewebe und Farbe überwinden muß. Ist z. B. das physikalische Hindernis für die Färbung bei schlecht konserviertem Material erheblich, so können wir es durch physikalische Eingriffe, z. B. durch Erwärmung der Schnitte bei der Färbung u. U. überwinden und den unverändert gebliebenen chemischen Affinitäten die Bahn zu einer regulären Färbung frei machen.

v. MÖLLENDORFF behauptet, daß bei der Einwirkung von sauren Farbstoffen mit kolloiden Lösungseigenschaften dieselben Färbungsunterschiede hervorgebracht werden wie durch Kalipermanganat. Ich kenne keine saure Farblösung, welche die Hautschichten mit steigender Intensität immer so anfärbt wie Kalipermanganat, nämlich: Kutis, kernreiche Keimschicht, Stachelschicht, Hornschicht. Übrigens ist die Permanganatlösung eine stark alkalische Flüssigkeit, da bei ihrer Einwirkung auf tierisches Gewebe neben Sauerstoff und Mangandioxyd Kalilauge frei wird. Erst bei der Färbung geht das MnO_2 durch oxypolare Affinität an die reduzierende basische Grundlage des Gewebes.

v. MÖLLENDORFF kommt wieder auf die alte, aber längst widerlegte Ansicht zurück, daß die Rongalitweißfärbung eine (verdünnte) Methylenblaufärbung sei, und bemängelt meinen Vergleich der Rongalitweißfärbung mit einer konzentrierten, soll wohl heißen: mit meiner 1%igen Methylenblaufärbung. v. MÖLLENDORFF vergißt dabei, daß gerade das Rongalitweiß eine 2%ige, also wirklich konzentrierte Methylenblaulösung ist, deren anscheinende Farbschwäche nur durch die starke Reduktionskraft des Rongalits herbeigeführt ist, die aber in voller Stärke wieder hervortritt, sobald die Reduktion des Rongalits durch Oxydation im Gewebe — genau wie im Reagenzglas — überwunden wird. Sie kann also mit einer verdünnten Methylenblaulösung gar nicht verglichen werden, da aus dieser durch Oxydation nie eine starke Methylenblaulösung wird.

Einen leicht zu führenden Nachweis des Unterschiedes zwischen Methylenblaufärbung und Rongalitweißfärbung liefern die Verhältnisse beim Absterben des Gewebes. Man braucht nur ein beliebiges Organstück einige Tage auf Eis aufzubewahren und jeden Tag Gefrierschnitte davon mit beiden Farblösungen zu färben. Dann zeigt sich, daß die Rongalitweißfärbung mit der Sauerstoffabnahme täglich schwächer wird, bis sie ganz versagt, während die Methylenblaufärbung zur selben Zeit mit der zunehmenden postmortalen Säuerung des Gewebes stetig stärker wird. Krasser kann man den Unterschied zwischen dem Sauerstoffärber Rongalitweiß und dem Säurefärber Methylenblau wohl kaum demonstrieren.

v. MÖLLENDORFF rühmt sich, „den Färbungsvorgang und sein Ergebnis bis in die feinsten Einzelheiten physikochemisch erklären zu können". Ich möchte ihn beim Worte

Digitized by Google

nehmen. Er möge von seinem physikochemischen Standpunkt aus die wichtige Darstellung der Kernkörperchenhülle einerseits mit dem Dibasichrom: Methylgrün + Pyronin, andererseits mit dem Dioxychrom: Bordo — Hämatein + Alaun erklären, bei der sich herausgestellt hat, daß die Kernkörperchenhülle sich dort nur mit dem Methylgrün, hier nur mit dem Hämatein + Alaun färbt. Für v. Möllendorff sind alle diese Färbungen nur gleichbedeutend mit physikalisch bedingten Niederschlägen. Ich frage aber, weshalb dann nicht auch das basische Pyronin und das saure Bordo an der Kernkörperchenhülle zur „Niederschlagsfärbung" kommt, was diese beiden Farben aus derselben homogenen Mischung heraus eben nicht vermögen. Ich kann diese eigensinnige Auswahl erklären, da ich nachgewiesen habe, daß das Hämatein + Alaun nur die basische Grundlage aus Mesoplastin färbt, Methylgrün nur die saure Deckschicht von Nuklein. Wie erklärt nun diese feine Auslese, für die es unzählige weitere Beispiele gibt, der Physikochemiker?

Fasse ich noch einmal meine seit 1887 unentwegt beibehaltene Ansicht in wenigen Worten zusammen, so ist die Färbung ein chemischer Prozeß, auf welchen physikalische Vorgänge nur einen einschränkenden, keinen auslesenden Einfluß haben. Für diese tinktorielle Auslese kommt alles auf das Vorhandensein chemischer Affinitäten zwischen Farbe und Gewebe an und nur auf diese; sie überwinden sogar alle vorhandenen physikalischen Hindernisse (wie Oberflächenenergie usw.).

Zum Abschluß.

Von

Wilh. v. Möllendorff.

Der schroffe Gegensatz in Unnas und meiner Ansicht ist von Unna klar formuliert. Neue Beweise für seine Ansicht hat er nicht gebracht, ebensowenig Befunde mitgeteilt, die meine Darlegungen entkräften können. Der Forschung wird es obliegen, durch weitere Untersuchungen zu entscheiden. Unnas Verlangen, ihm mit ähnlichen „Entdeckungen" zu dienen, wie er sie zahlreich gemacht zu haben sich rühmt, kann ich schon deshalb nicht erfüllen, weil ich ja gerade dieser Art von Schlußfolgerungen mit großer Skepsis gegenüberzustehen mich berechtigt glaube. Aber auch mein Weg wird Erkenntnisse fördern; sein Ziel ist noch nicht sichtbar, weil wir noch am Anfang des Weges stehen. — Kein unbefangener Leser wird meine Bemerkung über die „fixationsähnliche", d. h. abtötende Wirkung des RW mißverstanden haben; auch ich würde dringend davor warnen, diese Methode als eine ideale Fixation zu betrachten. — Die Bemerkungen Unnas über $KMnO_4$ treffen den Kernpunkt meiner Befunde nicht; tatsächlich läßt sich die analoge Wirkung halbkolloider saurer Farbstoffe sehr leicht feststellen, saure Farbstoffe färben zudem auch in alkalischer Lösung, die im allgemeinen den Dispersitätsgrad etwas steigert. — RW enthält färbungsbereit jeweils nur Spuren Methylenblau, Unna behauptet einfach, daß der reduzierte Farbstoff nach der Oxydation im Gewebe „in voller Stärke wieder hervortritt". Die Ähnlichkeit der Färbung mit einer verdünnten Methylenblaufärbung hat er aber tatsächlich niemals widerlegt. Daß die oxydative Regeneration des Farbstoffes mit Zunahme der beim Absterben gesteigerten Reduktionskraft abnimmt, hat mit der Tatsache, daß abgestorbenes Gewebe stärker färbbar ist, gar nichts zu tun, und ist absolut kein Beweis dafür, daß RW Sauerstofforte darstellt. — Methylgrünniederschläge sind schwerer alkohollöslich als Pyroninnieder-

Digitized by Google

schläge, daher der Grünton der „Chromatinfärbung" bei Methylgrün-Pyronin; Hämatein + Alaun wird als Beizenfarbstoff keineswegs von allen Autoren zu den Oxychromen gerechnet, vielmehr ist es durch die Befähigung zur Niederschlagsfärbung schon besonders charakterisiert. Bordo als typischer saurer Farbstoff kann nur durchtränkend färben. Die Wirkung dieser Gemische ist also völlig klar. — Auf eine lapidare Schlußzusammenfassung verzichte ich; die meine Ergebnisse herabzusetzen bemühte Wertung Unnas kann mich nicht hindern, die begonnene Arbeit fortzusetzen, unbekümmert um die „Schmackhaftigkeit" der Früchte.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. November 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Planner.

Rusch: **Carcinoma vulvae.** 50jähr. Frau mit Leukoplakie der großen Schamlippen und einem auf dieser Basis zur Entwicklung gelangten kleinapfelgroßen zerfallenden Karzinom am linken Labium.

Aussprache: Brünauer zeigt Uvachromaufnahmen von einem ähnlichen Fall, der vor etwa $^1/_2$ Jahre beobachtet wurde und am Introitus vaginae eine ausgedehnte Leukoplakie aufwies. Diese zeigte in ihren peripheren Anteilen Veränderungen, und zwar links anscheinend mehr ekzematoiden Charakters, rechts dagegen neoplastischer Natur. Die Probeexzision ergab, daß allenthalben die auf dem Boden der Leukoplakie entstandenen Veränderungen einem Epitheliom entsprachen.

Rusch: **Lupuskarzinom.** 27jähr. Frau zeigt im Bereiche des rechten Ellenbogens ein Lupuskarzinom, das sich innerhalb einer handtellergroßen Narbe nach Lupus vulgaris entwickelt hat; letzterer wurde vielfach operativ und auch mit Röntgenstrahlen behandelt.

Rusch: **Erweichende Drüsen im Primärstadium der Lues.** 24jähr. Patientin mit abgeheiltem Primäraffekt an der Unterlippe und besonders großen luetischen multiplen Drüsenschwellungen beiderseits in der Unterkiefergegend, die partielle Erweichungsherde zeigen und dermaßen mit skrofulösen Drüsen verwechselt werden könnten.

Rusch: **Lymphatische Hautleukämie.** Schon im Februar 1922 hierorts demonstriert. Gegenwärtig bestehen neben flächenhaften, umfangreichen Infiltraten im Gesicht eine große Zahl lentikulärer, oberflächlich sitzender Knoten in der Kinngegend. Die damals bestandene postleukämische Hautatrophie am rechten Oberarm ist größtenteils ausgeglichen. Die Periphlebitis leucaemica am rechten Vorderarm ist verbreitert und ausgedehnter geworden. Patient wurde mehrfach mit Röntgen behandelt. Infiltrate zeigten nach Umfang und Zahl beträchtliche Schwankungen. Unter dem Einfluß der Bestrahlungen Abschwellen der Infiltrate, jedoch nachfolgende Rezidive. Derzeit 46000 Leukozyten im mm^3, davon 87% fast durchweg kleine Lymphozyten.

Rusch: **Pityriasis lichenoides chronica.** 13jähr. Patient mit einer ausgedehnten Pityriasis lichenoides chronica. Unter den schuppenden Effloreszenzen finden sich zahlreiche mit krustösen Belägen, also Anzeichen exsudativer Vorgänge, ferner ein in Entwicklung begriffenes, außerordentlich dichtes Leukoderma, namentlich über den Schultern und den oberen Anteilen des Stammes.

Kerl: **Erythème pityriasique en plaques disseminées. (Pityriasis lichenoides chronica.)** 17jähr. Mann mit zahlreichen Herden am Stamm, die nach Aussehen, Dauer

Digitized by Google

des Bestehens und Resistenz gegen therapeutische Maßnahmen wohl den Erscheinungen der Pityriasis lichenoides chronica entsprechen. Hervorzuheben ist die starke Neigung zu Blutungen (Purpura factitia), sowie das eigentümliche Aussehen der zentralen Anteile älterer Herde. Die Haut ist daselbst zigarettenpapierartig gefältelt, scheint etwas unter dem Niveau gelegen, weist aber keine sonstigen Zeichen einer Atrophie auf. Besonders letztere Erscheinung würde das Krankheitsbild eher als Erythème pityriasique en plaques disseminées charakterisieren. Es wäre also dieser Fall als zwischen beiden genannten Krankheitstypen stehend aufzufassen.

Aussprache. KYRLE: Die vorgestellten Fälle mit ihrer differenten klinischen Symptomatologie lassen so recht erkennen, wie schwierig die Einschätzung dieser Krankheitsgruppe im ganzen ist. Verschiedene klinisch miteinander oft sehr wenig Gemeinsames darbietende Krankheitsbilder werden jetzt unter dem Begriff Pityriasis lichenoides subsumiert. Damit ist das, was ursprünglich darunter verstanden wurde, verwischt. Neben der typischen Pityriasis lichenoides oder Parapsoriasis gibt es demnach jetzt Typen, die durch viel weiter gehende Symptome wie oberflächliche Nekrosen (Typus MUCHA, RUSCH, OPPENHEIM) ausgezeichnet sind. Ob durch die Einbeziehung dieser in der Klinik abweichenden Fälle ein Vorteil gewonnen wurde, ist fraglich. Übrigens ebenso, ob es sich hier in der Tat um eine einheitliche Krankheitsgruppe handelt.

LAMPRECHT (Abteilung SCHERBER): **Lichen ruber planus.** 55jähr. Patientin, deren Krankheitsbild durch seinen psoriatiformen Charakter an den Streckseiten beider Ellenbogengelenke, in beiden Kniekehlen und an der Vorderseite beider Unterschenkel eigentümlich ist. Mundschleimhaut frei.

KRÜGER (Abteilung OPPENHEIM): **Pityriasis lichenoides chronica mit universellem Leukoderma.** An den oberen und unteren Extremitäten, weniger am Stamm, finden sich bei dem 15jähr. Patienten typische Effloreszenzen. Ganz besonders hervorzuheben ist ein disseminiertes Leukoderm des ganzen Stammes. Pirquet auffallend stark positiv, zeigt Dauerreaktion. Röntgendurchleuchtung der Lunge negativ. Innerhalb 14 Tagen ist dies der zweite Fall von Pityriasis lichenoides chronica, der von der Abteilung mit Leukoderma vorgestellt werden konnte.

Aussprache. OPPENHEIM: Wir haben in letzter Zeit mehrere Kinder mit dieser Krankheit beobachtet, und zwar vorwiegend weiblichen Geschlechtes, im Gegensatze zur allgemeinen Anschauung. Auffallend an dem vorgestellten Falle ist das überaus reichliche und deutliche Leukoderma und ein sehr stark positiver Pirquet mit Dauerreaktion, ähnlich den Pityriasiseffloreszenzen, also Pityriasis lichenoides chronica und Reizung. Überstarke PIRQUETsche Reaktionen haben fast alle unsere Fälle gezeigt.

KRÜGER (Abteilung OPPENHEIM): **Acne occupationis.** Patient ist Bäcker und arbeitet mit nacktem Oberkörper, dabei fällt ihm Mehlstaub in die Kleidung des Unterkörpers; dem entspricht auch eine eigentümliche, schwimmhosenähnliche Lokalisation der Akne.

KRÜGER (Abteilung OPPENHEIM): **Folliculitis sclerotisans nuchae.** Nebst einem ausgedehnten alten Prozeß in der Nackengegend, zeigt Patient zwei frischere etwa fünfkronenstückgroße typische Herde in der Hinterhauptgegend.

KRÜGER (Abteilung OPPENHEIM): **Gummata cutanea serpiginosa.** 51jähr. Frau zeigt einen zweihandtellergroßen Herd der rechten Axillargegend, der aus zahlreichen, linsen- bis kronenstückgroßen, bald tiefer, bald oberflächlicher liegenden, exulzerierenden Effloreszenzen von bräunlichroter Farbe besteht, die scharf abgesetzte Ränder und höckerigen Grund haben, der mit einem fibrinösen, ziemlich festhaftenden, schmutziggelben Belag bedeckt ist. Zahlreiche feine Narben im Herde. Außerdem zeigt Patientin einen Defekt im weichen Gaumen links und narbige Verwachsungen mit der Rachenwand.

Digitized by Google

Sachs: **Tuberculosis verrucosa cutis nach Trauma.** Der 72jähr. Mann erlitt im Jahre 1915 ein Trauma durch Auffallen auf den rechten Handrücken. Im Anschlusse daran entwickelte sich die Hautaffektion. Bemerkenswert ist der warzige Aufbau des ganzen Herdes und die Tendenz zum peripheren Fortschreiten. Die histologische Untersuchung bestätigt die klinische Diagnose.

Sachs: **Tuberkulöse Geschwüre der Schleimhaut der Oberlippe und des harten Gaumens.** Die 26 Jahre alte Patientin zeigt auf der Schleimhaut der Oberlippe und des harten Gaumens zahlreiche, miteinander konfluierende, eitrig belegte, mit unterminierten Rändern versehene Geschwüre. An den Randpartien des Gaumenulkus deutlich kleinste Knötchen. An der Streckfläche des rechten Vorderarmes ein ungefähr einkronenstückgroßes Scrophuloderma. In zahlreichen untersuchten Ausstrichpräparaten vom Sekret der Geschwüre wurden keine Tuberkelbazillen gefunden. WR negativ. Beiderseitige Apizitis und rechterseits eine pleuritische Schwarte. Intrakutane Tuberkulininjektion von 0,0001 g Alttuberkulin ergab deutliche Lokal- und Herdreaktion, sowie ziemlich starke Allgemeinreaktion.

Nobl: **Subkutanes Sarkoid Darier und Erythema induratum.** Das Krankheitsbild betrifft eine 60jähr. Frau, welche seit 2 Jahren die knotigen Einlagerungen an Armen und Beinen verfolgt. An den Streckflächen der Oberarme breitet sich eine weitmaschige, violettrote Marmorierung aus. In die Schlingen des Netzes sind zerstreut stehende, mit der Decke verlötete, bis haselnußgroße, von der Umgebung nur schwer abgrenzbare Verdichtungsherde eingeschaltet, welche aus dem subkutanen Fettgewebe emporsteigen. Stellenweise sind die Knoten zu eingesunkenen, plattenförmigen Infiltraten abgeflacht. Diese, dem Darierschen subkutanen Sarkoid entsprechenden Aussaaten kombinieren sich mit dem typischen indurierten Erythem der Unterschenkel, welches mit etwa 8—10 teils halbkugelig in die Tiefe reichenden kirschengroßen, teils scheibenförmigen und auch zentral exulzerierten Exemplaren vertreten ist. Für sonstige Tuberkulose liegen keinerlei Anhaltspunkte vor.

Porias: **Dermatitis herpetiformis Duhring. — Urotropinbehandlung.** Pat. im dritten Jahrzehnt. Ausgebreitete Erkrankung mit typischen Charakteren, besonders in der Achselgegend, über dem Kreuzbein, in der Lendengegend und an den Oberschenkeln. Einjährige Krankheitsdauer. Verschiedenartig, zuletzt mit 35 Injektionen 20%iger Na-Kakodyllösung erfolglos behandelt. Besonders quälende subjektive Symptome. Versuch mit intravenösen Urotropininjektionen, wie von Sachs für Herpes zoster angegeben, und zwar bisher zehn Injektionen, zu 4 g der 40% Lösung 1mal täglich. Keine andere Therapie. Bisher wesentliche Besserung des Krankheitsgefühles, Pat. kann wieder schlafen. Deutliche Tendenz zum Abklingen der bestehenden Erscheinungen, kein neues Auftreten von Blasen. Ob der Erfolg anhalten wird, ist fraglich. Eine Spontanbesserung dürfte nach dem bisherigen Verlauf des Leidens und der plötzlichen Änderung nach Einsetzen der neuen Therapie auszuschließen sein. Die Behandlung wird fortgesetzt, der Pat. wieder vorgestellt werden.

Porias: **Erythema multiforme mit Effloreszenzen an der Zunge.** Erstmalige Erkrankung. Typisches, ziemlich stark entwickeltes Bild auf beiden Handrücken der Patientin. An der Zungenspitze zwei kreuzergroße, hellrote Erosionen mit zum Teil noch erhaltenen weißlichen und gequollenen Blasensäumen.

Ullmann: **Neurinoma perifolliculare congenitum cum atrophia cutis.** 39jähr. Mann, der eine seltene, scheinbar noch nicht beschriebene Hautveränderung aufweist. Es finden sich zahlreiche (gegen 200) flache, runde, knotige Hautinfiltrationen, hauptsächlich auf dem Rücken, gelbrötliche Flächen, in der Kutis sitzend, scharf von der Umgebung abgesetzt. Die obersten Hautschichten zeigen deutlich Atrophie, ähnlich wie

Digitized by Google

die Atrophia maculosa, zigarettenpapierähnliche Fältelung. Die Knoten sind verschieden groß, von Hirsekorn- bis Fünfkronenstückgröße. Auch im Gesicht, symmetrisch in den beiden Kieferwinkelgegenden je ein solcher Knoten. Auf der Kopfhaut 6—8 kreisrunde oder ovale, ebenfalls derbe Knoten, mehr halbkugelig sich vorwölbend und nicht so oberflächlich, sondern tiefer, z. B. in der Subkutis sitzend. Diese Knoten sind zumeist von einer entzündlich rotgefärbten, deutlich atrophischen, etwas eingesunkenen Hautpartie umgeben. Einzelne solcher atrophischer Scheiben haben die Größe einer Kinderflachhand und sind stellenweise mit weißen Schuppen bedeckt, erwecken den Eindruck eines Lupus erythematodes. Außer den geschilderten Hautveränderungen und einigen deutlich alopezischen Kreisen der Barthaut an der Wange finden sich keinerlei abnorme Veränderungen, weder an der Haut, noch anderen Organen, ausgenommen einige Narben, von Schußverletzungen herrührend. Allgemeiner Habitus, Hautfarbe, subjektives Wohlbefinden weisen auf völlige Gesundheit. Das Körpergewicht ist seit zehn Jahren im Zunehmen. Anamnestisch ergibt sich keine familiäre Beziehung zur Annahme einer Vererbung, weder bei den Eltern noch drei Geschwistern. Histologisch zeigt sich an den Tumoren aus der Rückenhaut, jüngeren wie älteren unterhalb und rings um die Haar- und Talgdrüsenfollikel dem Baue des Bindegewebes ähnliche, bündelförmig angeordnete Zellstränge. Diese ähneln dem normalen Bindegewebe, zeichnen sich aber durch einen wabigen, von schmalen vakuolenartigen Lücken gleichmäßig durchsetzten Bau aus und färben sich weniger stark als das umgebende normale Bindegewebe. Diese hellen Lücken gleichenden Räume sind längsdimensional, ähnlich den Bindegewebskernen gelagert, enthalten ein helles, schlecht färbbares Plasma und keinerlei Chromatin. Die Neubildung erscheint überall etwas zarter gefasert und dabei lichter gefärbt als das umgebende Kollagen. Die Gefäße der Kutis sind etwas erweitert, auch vermehrt. Das kollagene Gewebe ist nur stellenweise etwas dichter als normal und erinnert dort fast an sklerodermische Veränderungen, sonst aber normal. Die Epidermis über diesen Veränderungen zeigt nur relativ geringe Abweichungen durch Verschmälerung und Verkleinerung der Leisten und deutlich sichtbare Verringerung der elastischen Fasernetze im Papillarkörper, nirgends aber kommt es zu völligem Schwunde der letzteren. Nach der Tiefe ist die Haut normal, die Schweißdrüsenregion bleibt frei von diesen Veränderungen. Der histologische Befund der Kopfhaut von einer Stelle, wo sich ein Knoten in atrophischer Umgebung entwickelt hatte, zeigt ähnliche Veränderungen bezüglich des Knotens, dabei deutlich stärkere Atrophie im Bereiche der Oberhaut, Papillarkörper, stärkere entzündliche Beteiligung der Gefäße der Kutis. Die Hornschicht ist etwas parakeratotisch. Den seinerzeit (1912 und 1913, D. Derm.-Kongreß) als Fibroma (Pseudofibroma) perifolliculare cum atrophia cutis bezeichneten Fall haben seinerzeit einige Herren in Zusammenhang mit der Atrophia cutis maculosa (Andodermie) gebracht, und zwar in dem Sinne der schon oft beschriebenen Tumorenbildung im Bereiche von Hautatrophie. So wie damals muß ich jedoch dieser Auffassung auch heute entgegentreten. Es handelt sich vielmehr, wie ich glaube, um eine kongenitale Neubildung besonderer Art mit Ursprung aus den Haar- und Talgfollikeln. Unzweifelhaft liegt hier kein gewöhnliches Fibrom vor, vielmehr ein sog. Neurinom. Ich stelle demnach die Neubildung als das Wesen der Erkrankung in den Vordergrund und betrachte die atrophischen Erscheinungen doch nur als sekundäre oder Begleiterscheinungen. Daß letztere wie an der Haut ohne Tumoren in Erscheinung treten, wodurch für viele beiläufig ein Bild des Lupus erythematodes entsteht, zeigt offenbar nur auch die Eigenart der Affektion. Wahrscheinlich ist die Tumorbildung, trotz ihres Entstehens im späteren Lebensalter, ganz ähnlich wie beim M. Recklinghausen, aus kongenitalen Anlagen, entstanden. Der Mangel aller Veränderungen und Defekte am Nervensystem und der

Digitized by Google

klinische Aspekt und Verlauf berechtigt uns wohl, diese Tumorgattung in eine gewisse Parallele zu setzen mit dem M. Recklinghausen, aber doch von dieser großen Gruppe als eigenen kongenitalen Typus abzutrennen, auch nicht etwa schlechtweg als eine hybride Form des M. Recklinghausen zu bezeichnen. In diesem Sinne habe ich mir erlaubt, für das bisher beobachtete Vorkommen die Bezeichnung Neurinoma perifolliculare cum atrophia cutis vorzuschlagen.

Aussprache: Kyrle hat die Präparate Ullmanns gesehen und in der Tat im Bereiche der Follikel umschriebene Gewebseinlagerungen feststellen können, die ihn durchaus an das erinnerten, was er seinerzeit in einem Falle von ausgereiftem Neurom der Haut beschrieben hat. Ob es sich wirklich um tumorartige Ansammlung von unausdifferenziertem Nervengewebe handelt, kann natürlich erst durch genaue Untersuchung ermittelt werden. Morphologisch jedenfalls erinnert das Verhalten ungemein an diese Gewebsart. M. Oppenheim faßt den Fall als Atrophia maculosa cutis, respektive Anetodermie auf (Dermatitis atrophicans maculosa). Es sind säckchenförmige Ausstülpungen ohne fibröse Einlagerungen vorhanden. Diese fibrösen Einlagerungen zirkumskripter Natur sind zuerst von mir, dann von Nobl, Jessner u. a. beschrieben worden. Oppenheim hat sie als bindegewebige Hypotrophie infolge des Wegfalle der elastischen Fasern aufgefaßt, genau so wie er die Säckchenbildungen als Fettbildung ex vacuo hingestellt hat. Die diffusen, sklerodermieähnlichen Partien sind zuerst von Rusch und dann von Oppenheim beschrieben worden. Zu dieser Diagnose würden auch die Kopfhautaffektionen stimmen, die sich noch im entzündlichen Stadium befinden. Diese Diagnose stimmt auch im gewissen Sinne mit der Kyrles überein, indem Oppenheim die makulöse Atrophie sowie alle anderen idiopathischen Hautatrophien als nävusartige Hauterkrankung, als Genodermatose im Sinne Bettmanns auffaßt.

Schlußwort Ullmann: Ob die Bezeichnung der Affektion als „Neurinoma (Pseudofibroma) perifolliculare cum atrophia cutis" auch in klinischer Beziehung vollständig entspricht, darüber läßt sich vielleicht noch diskutieren, in histologischer Beziehung ist sie, glaube ich, nicht anzufechten. Der neugefügte Begriff des Neurinoma als selbständige Tumorart bedarf aber gewiß noch weiterer Nachforschungen. Die bisher vorliegenden und heute wieder demonstrierten Befunde entsprechen vollständig der von Verocay und Kyrle beschriebenen Tumorgattung. Was nun das klinische Verhältnis dieser kongenitalen Affektion zur makulösen Form der Hautatrophie anlangt, sowie die Auffassung der roten, etwas atrophischen Scheiben auf dem Kopfe als L. e., so muß ich beide diese Auffassungen als nicht stichhaltig zurückziehen. Wenn auch eine Andeutung von tiefer in die Haut eindrückbaren Stellen am Stamme von Herrn Oppenheim hier im Sinne der Atrophia maculosa konstatiert wurde, so finden sich trotz des über 10 Jahre langen Bestehens der Tumoren am Rücken doch auch diese Stellen als Ausnahme und gewiß nicht genug charakteristisch, vielmehr ist die Hautatrophie überall nur auf die obersten Schichten beschränkt und auch histologisch nur dort und relativ wenig angedeutet. Die elastischen Fasern sind insbesondere auch dort nicht geschwunden, sondern nur spärlicher und nicht zu den charakteristischen flachen, zarten Linien verändert, wie sie Oppenheim seinerzeit für die A. m. c. beschrieben hat. Bezüglich des L. e. fehlt hier vor allem das periphere Erythem im Beginn, die parakeratotische Veränderung der Talgdrüsenöffnungen und das unregelmäßig gestaltete Hautniveau. Somit handelt es sich um eine sekundäre Hautatrophie, die — weil auf der Kopfhaut sitzend — wohl leicht für L. e. gehalten werden kann. Die makulöse Hautatrophie gilt für mich und andere ja überdies nur als eine oft beobachtete, eigenartige Hautreaktion und nicht als eine eigene (idiopathische) Hautkrankheit. Niemand vermag es auszuschließen, ob ein gewisser Grad dieser Hautreaktion nicht auch durch verschiedene Stoffwechselreize, z. B.

Digitized by Google

inkretorische Änderungen mit zunehmendem Lebensalter, ausgelöst werden kann, und das wäre auch hier, bei einem Spätnävus, naheliegend. Dem Vorschlage Oppenheims, die seltene Affektion unter die Genodermatosen Bettmanns einzureihen, kann ich deshalb nur beistimmen, wobei ich aber nur die Bezeichnung „Genodermatosen" als neu gelten lassen kann, die Annahme des Vorkommens spätnävoider Dermatosen aber schon vor vielen Jahren im Anschlusse an eine Demonstration von hereditärer Keratodermie durch Herrn Riehl der Aussprache hierzu, auch selbst als sicher zutreffend hingestellt habe.

Lipschütz: **Hämorrhagisch-toxisches Erythem.**

Fuhs (Klinik Riehl): **Verrucae perionycheales.** 32jähr. Patient, der im Bereiche der Nagelwälle sämtlicher Finger teils einzelstehende, teils kranzartig aneinandergereihte, stecknadel- bis erbsengroße Warzen, teils auch mehr diffuse, höckerige und hyperkeratotische Exkreszenzen zeigt. Vereinzelte Verrukae bestehen noch an den Dorsalseiten der Hände. Als ätiologischer Faktor für die eigenartige Lokalisation der Verrucae kommt bei dem Patienten Nagelkauen in Betracht, wodurch er die Warzen vom ursprünglichen Herd am linken Daumen weiterverimpfte.

Fuhs (Klinik Riehl): **Myxödem.** 17jähr. Patientin mit stark zurückgebliebener körperlicher und geistiger Entwicklung und kretinoidem Habitus (aufgeworfene Nase, tiefliegende Nasenwurzel, weiter Augenabstand, Vorspringen der Kiefergegend). Im Röntgenbild ist ein leicht hydrozephaler Typ der Schädelkapsel festzustellen; die Sella turcica erscheint verbreitert, die Schädelnähte sind auffallend breit, desgleichen die Epiphysenfugen der langen Röhrenknochen wie bei einem kindlichen Individuum. Die Haut zeigt neben einer follikulären Keratose am Stamm und Extremitäten, sowie stark ausgebildetem Lanugohaarkleide eine elastische ödematöse, luftpolsterartige Schwellung, besonders an den seitlichen Halsdreiecken oberhalb der Klavikeln. An den seitlichen unteren Wangenpartien, sowie unterhalb des Kinns fühlt sie sich mäßig pastös an. Neurologischer Befund bis auf leichten Tremor, ebenso interner Befund o. Bes. Unter dem Gebrauch von Schilddrüsentabletten während ihrer Behandlung an der Kinderklinik in früheren Jahren hat sich bei Patientin eine Verdickung der Zunge und ein Großteil ausgebreiteter, entsprechender Hauterscheinungen zurückgebildet, so daß nur mehr die Reste davon zu sehen sind.

Randak (Klinik Riehl): **Plaut-Vincentsche Stomatitis.** Zwei Fälle von Ulzerationsprozessen nach Zahnextraktionen. Mikroskopisch grobwellige Spirochäten und fusiforme Bazillen.

Randak (Klinik Riehl): **Argyrie.** 52jähr. Patient mit einer bleigrauen Verfärbung der Gesichtshaut und der Schleimhäute der Mundhöhle, vorwiegend im Bereiche der Lippen, Wangen und vorderen Partien des harten Gaumens. Die seit 1917 bestehende Erscheinung trat im Anschlusse an wiederholte Pinselungen mit einer Lapislösung wegen Stomatitis ulcerosa auf.

Randak (Klinik Riehl): **Pemphigus vulgaris.** 72jähr. Pat. mit negativer Anamnese. Seit vier Wochen quälender Juckreiz mit Aufschießen bis über linsengroßer Blasen in der Haut des Stammes und der Extremitäten, besonders dicht gedrängt auf der Brust, am Bauch und an den Beugeseiten der Ellenbogen- und Kniegelenke. Nikolski positiv. Schleimhäute frei, Blutbefund normal.

Pils (Klinik Riehl): **Ein Fall von Melkerknoten.** 20jähr. Pat. zeigt an beiden Handrücken und den Interdigitalflächen mehrere linsen- bis hellerstückgroße Knoten, die teils das Niveau der Haut kaum überragen, teils bis zu 3 mm erhaben sind. Dieselben sind von bläulichroter bis lividroter Farbe und ziemlich derber Konsistenz. Einige derselben zeigen an ihrer Kuppe eine zentral gelegene, seichte Dellung. Infektion durch

Digitized by Google

Kuhpocken anamnestisch feststellbar. Histologisch findet sich ein zentral gelegenes zellreiches Infiltrat nebst zahlreichen, zelligen Infiltrationsvorgängen der Umgebung um die Schweißdrüsenknäuel und entlang der Gefäße angeordnet, aus Plasmazellen, Lymphozyten und eosinophilen Zellen bestehend.

Arzt (Klinik Riehl): **Gutartige Epitheliome vom Typus des Syringoms.** 40jähr. Pat. mit linsengroßen Knötchen auf der Haut der Klavikulargegend und der vorderen Thoraxpartie. Sie sind von braunroter Farbe und ziemlich derber Konsistenz. Histologisch zahlreiche, teils zu Nestern, teils zu Strängen angeordnete Epithelzüge, teilweise auch eine zentrale Homogenisierung aufweisend: typisches Syringom.

Arzt (Klinik Riehl): **Ausgebreitetes Karzinom des weiblichen Genitaltraktes nach intensivster Radium-Röntgentherapie.** Demonstration der Präparate, die trotz intensivster Bestrahlung — die Frau kam in der Wasserbettstation der Klinik mit ausgebreitetem Geschwürprozeß und Kachexie ad exitum — einerseits die Progredienz des Karzinoms weit in das Bindegewebe hinein erkennen lassen, andererseits aber das Auftreten von außerordentlich großen, polymorphen, verklumpten Kernen, dabei auch Vakuolisierung im Protoplasma aufweisen, welche die Diagnose einer vorangegangenen Radiumbehandlung auch ohne Kenntnis der Krankengeschichte mit großer Sicherheit vermuten lassen.

Arzt (Klinik Riehl): **Multiple Karzinome.** 81jähr. Frau mit einer handtellergroßen, exulzerierten Geschwulst über der Stirn rechts von der Medianebene mit teilweise überhängenden Rändern und ziemlich harter Konsistenz. Ein kleiner, hellerstückgroßer, oberflächlicher Substanzverlust im Bereiche der rechten Schläfengegend, eine ebenso große, narbige Stelle mit vereinzelten, harten, derben Knötchen vor dem linken Ohr. Keine Drüsen tastbar. Histologisch (Projektion der Präparate): der große Tumor ein verhornender Plattenkrebs, der zweite ein Plattenepithelkarzinom ohne Verhornung, der dritte beginnende Karzinombildung multizentrischer Form.

Arzt und Fuhs (Klinik Riehl): **Kultivierung von Microsporon Audouini aus dem Blute.** Beim 13. Fall eines Lichen microsporicus, der in den Sommermonaten an der Klinik zur Beobachtung kam, wurde wie an den früher beobachteten Fällen eine kulturelle Untersuchung des Blutes drei Tage vor Ausbruch des Exanthems auf Maltoseschrägagarröhrchen in einer Serie vorgenommen. Demonstration der Reinkultur, die auch von Plaut-Hamburg als Microsporon Audouini verifiziert wurde.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 144, H. 1.

Über Keratosis gonorrhoica (Provokation durch Röntgenstrahlen, histologischer Befund in polarisiertem Licht und Dunkelfeld), von F. W. Oelze, Kl. Rille, Leipzig. S. 1—5. Bei Gonorrhoikern mit Arthritis bilden sich Hyperkeratosen, die aus Bläschen hervorgehen. Selbst in den jüngsten dieser Effloreszenzen finden sich keine Gonokokken. Im positiven Bilde des Dunkelfeldes erscheint der geschlossene Zusammenhang

Digitized by Google

zwischen Stratum corneum und epitheliale, im polarisierten Lichte die Doppelbrechung besonders im parakeratotischen Teile der Hornschicht bemerkenswert.

Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. IV. Porokeratosis Mibelli, von E. Fulde, Hautklin. München. S. 6—14. Die Prüfung der bisher bekanntgewordenen familiären Fälle ergab, daß die Porokeratosis M. eine unregelmäßig dominante Erbkrankheit ist. Das Verhältnis der Kranken zu den Gesunden beträgt 50:89. Die Unregelmäßigkeit ist wohl zum Teil durch den wechselnden und manchmal sehr späten Ausbruch der Porokeratose bedingt. Außerdem besteht eine relative Begrenzung auf das männliche Geschlecht. Bei halbseitigen und systematisierten Fällen wurde wie beim M. Darier familiäres Auftreten besonders selten gefunden; diese Krankheiten sind zwar erblich, nicht aber die Systematisierung.

Neurodermitis decalvans, von C. Kreibich, Deutsche Hautkl. Prag. S. 15 bis 22. Bei einer 47j. Patientin besteht im allgemeinen das Bild einer atypischen Prurigo, am Kopf Kratzekzem, also Neurodermitis im weitesten Sinne. Über dem Scheitel besteht ein zweihandtellergroßer vollständiger Haarverlust, die Haut daselbst glänzend, gespannt, verdünnt, atrophisch, doch ohne follikuläre oder sonstige Narben. Die Ursache der Alopezie wird durch die Möglichkeit, daß der neurodermitische Prozeß auch die Haarpapille ergreifen kann, erklärt.

Mycosis fungoides? Dermatose anderer Provenienz?, von G. Stümpke, Tierärztl. Hochsch. Hannover. S. 23—31. Mitteilung eines Falles von M. f. der Haut, der nach vorübergehender Besserung durch Röntgenbestrahlung und Arsenikmedikation zu einem neuen Ausbruch führte. Hierbei erwies sich jede Therapie als machtlos; Exitus in 6 Wochen. Bei der Sektion fand sich ein Thymustumor, der aber histologisch sich als epithelial erwies, also in keinem direkten Zusammenhange mit der Hautveränderung stehen konnte. Dagegen kann die durch die Erkrankung der Thymus bewirkte Schädigung des Stoffwechsels den Verlauf der Dermatose ungünstig beeinflußt haben.

Zur Frage der Pathogenese der krankhaften Erscheinungen und Todesfälle nach Anwendung von Salvarsan, von I. L. Kritschewsky, Bakt. Inst. Moskau, S. 32—45. Nach dem Verfasser liegt die Ursache der Salvarsanschädigungen in einer Störung der normalen chemisch-physikalischen Eigenschaften der Blut- und Zellkolloide; es kommt zu einem Ausfall von Partikeln, deren Anwesenheit innerhalb der Blutbahn die Entstehung von Salvarsanschäden bewirkt. Die klinischen Erscheinungen und pathologischen Veränderungen sind identisch mit dem Bilde des sog. anaphylaktischen Chok oder mit dem Symptomenkomplex nach dem Einspritzen von Organextrakten.

Zur Frage der Pathogenese der krankhaften Erscheinungen und Todesfälle nach Anwendung von Salvarsan in Verbindung mit der Neutralisierung seiner toxischen Eigenschaften, von I. L. Kritschewsky, Bakt. Inst. Moskau. S. 46—59. Durch Vermischen mit Pferdeserum in gleicher Menge und Stehenlassen der Mischung bei 40°, eine halbe Stunde lang, verliert Salvarsan die Eigenschaft, in einem anderen Serum Präzipitation hervorzurufen. Durch Experiment bei Mäusen ließ sich zeigen, daß Salvarsan, welches in gleicher Menge in Wasser gelöst noch tödlich wirkte, in der Serummischung gut vertragen wurde. Beim Menschen dürfte sich durch eine derartige Neutralisation des Salvarsans die Häufigkeit der Nebenerscheinungen herabsetzen lassen.

Die pathologische Anatomie und Pathogenese der Salvarsanvergiftung, von I. L. Kritschewsky und K. A. Friede, Bakt. Inst. Moskau. S. 60—72. Die chemisch-physikalischen Kolloidveränderungen, wie Thrombenbildung in der Herzhöhle und den großen Gefäßen, Blutergüsse und Ödem der Lungen, des Herzmuskels, der Nebennieren und im Gehirn und seinen lebenswichtigen Zentren werden beschrieben und abgebildet. Sie führen zu schweren Gewebsveränderungen, wie Nekrose der Organe, Gerinnung

Digitized by Google

der Muskelsubstanz, ausgedehnte Achromatose und Phagozytierung der Ganglien durch Neurophagen. Der Tod ist die Folge der anatomischen Organveränderungen, die vor Eintritt desselben die Ursache der Vergiftungserscheinungen darstellen.

Beitrag zur Kenntnis der präkarzinomatösen Alteration bei pigmentierten Nävi, von MARIE KAUFMANN-WOLF, Hautkl. Berlin. S. 73—103. Die Untersuchungen ergeben, daß alle Proliferationsvorgänge, welche sich an Nävusschnitten beobachten lassen, pathologischer Natur sind. Sie können also nicht als ein Zeichen der Nävusentwicklung betrachtet werden, sondern bedeuten den Beginn einer Karzinomentwicklung. Schleichend einsetzende und äußerst langsam fortschreitende sekundäre Alterationen werden für diese Entartung der kongenital angelegten Nävi angenommen.

Zur Bewertung der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor cerebrospinalis, von E. PICK, Deutsche Hautkl. Prag. S. 104—112. In allen Fällen erwies sich die Goldsolreaktion für luetische Veränderungen des Z.N.S. charakteristisch bis auf einen Fall von abgelaufener Meningitis luetica, bei dem sie bereits negativ, während die WR noch positiv war. Spurweise bis schwache Reaktionen, die im Liquor der Luetiker recht häufig sind, kommen auch hier vor. Die Goldsolreaktion kann in der Form der Paralysekurve auch bei nichtluetischen Erkrankungen des Z.N.S. vorkommen, so bei Staphylokokkenmeningitis, Endotheliom der Dura und Tumor cerebri.

Partielles Ausbleiben eines makulopapulösen Exanthems nach heißen Umschlägen, von HILDEGARD BRÜNING, Städt. Obdach Berlin. S. 113—116. Die Ursache wird nach ALMQUIST dadurch erklärt, daß durch fortgesetzten Wärmeeinfluß die bakteriziden Kräfte gesteigert würden.

Über die Veränderungen des Liquor cerebrospinalis bei der nichtnervösen Lues und über ihre prognostische Bedeutung, von M. PAPPENHEIM-Wien. S. 117 bis 138. Kritische Zusammenstellung der auf diesem Gebiete veröffentlichten Ergebnisse. Meningeale Infektionen erleben die Mehrzahl aller Luetiker im ersten Jahre der Krankheit. Die Veränderungen gehen mit oder ohne Behandlung wieder zurück, so daß sich in der Spätlatenz nur noch in 20% aller Fälle Liquorreaktionen finden. Nervöse Beschwerden treten bei Kranken mit positivem Liquorbefunde häufiger als bei Liquorgesunden auf. Von klinischen Erscheinungen ist nur von der Alopezie ein ungewöhnlich hoher Prozentsatz von Liquorerkrankungen bekannt. Die antiluetische Behandlung wirkt im Sekundärstadium provozierend, günstig im frühesten Stadium, in gewissem Maße auch in den beiden ersten Jahren nach der Infektion, scheint aber später ohne Einfluß. Luetiker, welche in der Spätlatenz schwerere Liquorveränderungen aufweisen, scheinen stark gefährdet, obwohl eine große Zahl von ihnen nicht an Metalues erkrankt. Bemerkenswert ist hierbei die geringe Beteiligung des weiblichen Geschlechtes. Wahrscheinlich erkrankt eine nicht geringe Zahl von Luetikern, die in der Spätlatenz normalen Liquor aufweisen, trotzdem an Metalues. Die Annahme einer schleichenden Entwicklung der Metalues aus einer frühzeitigen Meningitis läßt sich nicht aufrechterhalten. Vielmehr entwickelt sich die Erkrankung des Zentralorgans unabhängig von der Meningitis. Für das therapeutische Handeln ist demnach der Liquorbefund nicht maßgebend, sondern allein die klinische Beobachtung.

Experimentelle und histologische Studien über Hautsporotrichose an Ratten, von MAX JESSNER, Hautkl. Breslau. S. 139—168. Die Rattensporotrichose ist eine Infektionskrankheit mit regelmäßiger klinischer Inkubationszeit und mit einem relativ langen Intervall zwischen dem Abfallen der traumatisch gesetzten Kruste und dem Beginn der Erkrankung. Der histologische Ablauf ist sehr typisch und entspricht in gewissem Grade dem Ablauf von Gewebsreaktionen bei bestehender Immunität. Die Immunität gegen kutane Reinfektion tritt schon vor dem klinischen Beginn der kutanen

Digitized by Google

Erstinfektion ein. Bei dieser Krankheit ist also die Immunitätsinkubationszeit kürzer als die klinische. Bei subkutaner Erstinfektion tritt die Immunität gegen kutane Reinfektion später ein als bei kutaner. Die Allergie gegen subkutane Reinfektion ist bei kutaner und subkutaner Erstinfektion an der erkrankt gewesenen Stelle stärker als an der nicht geimpften, d. h. in der Umgebung der erkrankten Stelle ist die Umstimmung der Haut größer als am übrigen Körper. Die tuberkulide Struktur der Sporotrichoseefflorescenzen ist als allergische Gewebsreaktion aufzufassen, die dort auftritt, wo Krankheitserreger unter der Einwirkung von Antikörpern abgebaut werden.

Kritischer Beitrag zu Levens Arbeit: Naevus linearis atrophicus et depigmentosus, von H. Lippert, Hautabt. des Städt. Krkh., Elberfeld. S. 169—174. Zehn Fälle der von Leven beschriebenen Affektion erwiesen sich als Striae extensae. In drei Fällen waren die Streifen nur in der unteren Rückengegend vorhanden, in allen übrigen mit Striae extensae gewöhnlicher Lokalisation kombiniert. Das familiäre Auftreten, das Leven beobachtete, konnte nur einmal bei zwei Brüdern nachgewiesen werden. Die Affektion wird als idiodispositionelle Erkrankung bezeichnet. Die Kombination eines Falles mit Lipomen und eines anderen mit Hasenscharte wird als ein Übergang in die idiotypische Form gedeutet. Der von Leven gewählte Name wird abgelehnt. H. Vörner-Leipzig.

The British Journal of Dermatology und Syphilis.

Oktober 1923.

Syphilis im 15. und 16. Jahrhundert, speziell in Paris (Syphilis in the Fifteenth and Sixteenth Centuries, Especially at Paris), von Ch. G. Cumston-Genf. Ohne irgendwie neue Tatsachen beibringen zu wollen oder in der so viel umstrittenen Frage des europäischen Ursprungs der Syphilis Stellung zu nehmen, bringt Verf. eine kurz zusammengefaßte, recht lesenswerte Darstellung der Lustseuche, wie sie sich in den ersten zwei Jahrhunderten ihres Bestehens besonders in Frankreich und Paris entwickelt und gezeigt hat. Ebenso werden die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen, unter welchen bekanntlich schon Quecksilber, dann Sassafras, Sarsaparilla und andere schweißtreibende Mittel die Hauptrolle spielten, beschrieben.

Abortive Form der v. Recklinghausenschen Krankheit (Neurofibromatosis disseminata multiplex) („Forme Fruste" of v. Recklinghausens Disease [Neurofibromatosis disseminata multiplex]), von K. Grön. Pat., ein 36jähr. Buchbinder mit ausgesprochener Kyphoskoliose und anderen angeborenen Knochendeformitäten, zeigte am Rücken eine weiche elastische Geschwulst von Hühnereigröße, die scharf umgrenzt und über welcher die Haut eher hyperämisch und mit Haaren bedeckt war, und außerdem noch einige kleinere subkutane Knoten, über welchen die Haut von normaler Farbe; auf der rechten Bauchseite sind eine Anzahl pigmentierter Hautveränderungen (Naevi pigmentosi) von Erbsen- bis Haselnußgröße und auf der linken Brustseite ein einziges kleines Angioma vorhanden. Eine typische Neurofibromatosis, wo die drei Hauptsymptome — Neurofibromatosis, Pigmentierung und Teleangiektasien — in vollentwickelter Form sich zeigen, stellt sich meist in den ersten Jahren der Pubertät ein, um allmählich an Ausdehnung zuzunehmen. Die Affektion ist bekanntlich eine familiäre, oft durch viele Generationen hindurch vorkommende. Über die Ätiologie derselben sind verschiedene Theorien aufgestellt worden und es scheint jetzt die Ansicht vorzuherrschen, daß ein Zusammenhang mit Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion (Nebennieren, Schilddrüse, Hypophysis) bestehe. Was die Behandlung betrifft, so hat

Digitized by Google

Fibrolysin in manchen Fällen Rückgang der Tumoren bewirkt, wenn dies auch nicht so selten spontan vorkommt.

Behandlung der Parapsoriasis (Treatment of Parapsoriasis), von C. Rasch. Im Anschluß an einen Fall von Parapsoriasis, der, ein 15jähr. Mädchen betreffend, fast die ganze Hautoberfläche, besonders aber die Unterextremitäten befallen hatte, aber nur an einigen Stellen ringförmige Anordnung schuppender Papeln zeigte, hebt Verf. hervor, daß hier jede äußere Behandlung zu vermeiden sei, ja nur verschlimmernd und reizend wirke und er nur innerlich Chlorkalzium (20,0 : 300,0) fünfmal täglich 1 Eßlöffel gibt. Innerhalb 4—5 Wochen war die Krankheit, welche vorher sechs Monate bestanden hatte und mit allen möglichen äußeren Mitteln vergeblich behandelt worden war, verschwunden. Anstatt daher Parapsoriasis eine papulös-squamöse und chronische Affektion zu nennen, möchte R. vielmehr, für manche Fälle wenigstens, die Bezeichnung „subakut" wählen und annehmen, daß sie oft durch unzeitgemäße und lokal reizende Behandlung zu einer chronischen gestaltet werde. M. Stern-München.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Bd. 8, Nr. 3.

Malignes Melanom bei einem Neger (Malignant Melanoma in the Negro), von L. A. Sutton und W. M. Mallia-Albany, N. Y. S. 325—343. Bei Farbigen sind Melanome selten. In der amerikanischen Literatur existiert nur ein Fall von malignem Melanom bei einem Neger. Verff. beschreiben ein ausgedehntes malignes Melanom bei einer 78jähr. Negerin am linken Bein. Bemerkenswert ist das Vorkommen von Symptomen, wie ödematöse Schwellung und Schwarzfärbung der Haut des Beines, Abfallen der kleinen Zehe und allgemeine Arteriosklerose, welche zur Diagnose Gangrän und zur Amputation Anlaß gaben. Der Tumor entstand an der kleinen Zehe, erstreckte sich auf die Subkutis, Blut- und Lymphbahnen des ganzen Beines, das gleichmäßig pechschwarz gefärbt war. Metastasen fanden sich in Leber, Lungen, Nieren, Herz, Milz, Uterus und Retroperitoneum. Die Art. tibialis anter. war in Höhe des Malleolus medialis völlig obliteriert durch einen arteriosklerotischen Prozeß. Ein Nävus als Ausgangspunkt der Neubildung ließ sich nicht finden. In der Nebenniere bestand Hyperplasie.

Über Urticaria pigmentosa (Knötchenform) (Urticaria Pigmentosa [Nodular Type] with a Summary of the Literature), von C. W. Finnerud-Chicago. S. 344—358. Mitteilung eines Falles bei einem 4jähr. Mädchen, bei dem die Knötchen im Alter von vier Monaten auftraten. Sonst nichts Bemerkenswertes.

Biologische Reaktionen des Arsphenamins. VII. Der relative therapeutische Effekt des Gelatine-Arsphenamins und des Dinatrium-Arsphenamins. (Biologic Reactions of Arsphenamin. VII. The Relative Therapeutic Efficiency of Gelatin Arsphenamin and Disodium-Arsphenamin), von J. Oliver, E. Douglas und F. Kolos-San Francisco. S. 359—372. Die Kaninchenversuche mit Trypanosomeninfektion ergaben, daß Gelatine-Arsphenamin länger in den Tieren nachzuweisen ist als Dinatrium-Arsphenamin. Die therapeutische Wirkung beider Mittel ist bei der Kaninchensyphilis gleich.

Poikiloderma atrophicans vasculare, von J. E. Lane-New Haven, Conn. S. 373 bis 381. Nachtrag zu einem im Jahre 1921 berichteten typischen Fall. Bei der Sektion ergab sich als primäre Todesursache Lymphogranulomatose (Hodgkin); ferner bestand eine Zellgewebsentzündung am rechten Oberarm und eine fibrinöse Pleuritis mit Erguß (Streptococcus haemolyticus). — Überblick über die Literatur.

Keratosis palmaris et plantaris bei Framboesie (Keratosis palmaris et plantaris Due to Frambesia), von P. D. Gutierrez-Manila, P. J. S. 382—392. Bericht über

Digitized by Google

drei Fälle. Verff. unterscheidet eine klaviforme und eine echte Keratosis. Die Erkrankung zeigt sich meist im ersten bis fünften Jahre nach Verschwinden der Symptome der Framboesie. Beginn meist mit Hyperpigmentierung. WR ist teils negativ, teils stark positiv. Behandlung mit Jod und Neosalvarsan.

Keratodermia gonorrhoica (Gonorrheal Keratodermia), von A. W. Stillians und E. P. Zeisler-Chicago. S. 393—401. Mitteilung eines typischen Falles mit Eruptionen an den Fußsohlen, Fingernägeln, Fingern und der rechten Gesichtshälfte. Gleichzeitig bestand eine Polyarthritis gonorrhoica. Ebenso wie Vidal, Jeanselme und Chauffard treten die Verff. für die deutliche Abgrenzbarkeit dieser Affektion von der Psoriasis arthropathica ein.

Melanom der Unterlippe (Melanoma of the Lower Lip), von Earl W. Netherton-St. Louis. S. 402—406. Bericht eines Falles bei einem 2jähr. Mädchen. Die Diagnose ließ sich nur histologisch stellen; klinisch ließ sich der Tumor von einem Sarkom nicht unterscheiden. Nach Röntgenbestrahlung setzte ein rapides Wachstum der Geschwulst ein.

Weiterer experimenteller Beitrag zur Frage der Jod- und Bromexantheme (Further Contributions to the Experimental Aspects of Jodid and Bromid Exanthems), von U. J. Wile-Ann. Arbor, Mich. S. 407—410. Bei drei Frauen mit Haut- und Nervenerscheinungen infolge Bromismus trat nach intravenöser Gabe von $^1/_{10}$ Normalsalzlösung jeden dritten Tag bedeutende Besserung ein. Nach den Salzinjektionen ließ sich im Urin Brom nachweisen, das vorher nicht vorhanden war.

Tetrachlorkohlenstoff in der Dermatologie (Carbon Tetrachlorid in Dermatology), von H. E. Alderson-San Francisco. S. 411—415. Verf. empfiehlt die Anwendung des billigen Tetrachlorkohlenstoffes an Stelle des teuren Alkohols als bakterizides Mittel, als Antiparasitikum im Kampfe mit den Läusen, als fettlösendes Mittel und als Vehikel für Medikamente, die der Haut inkorporiert werden sollen.

Über Kolloidakne. Ist die Kolloidakne eine Form des Kolloidmiliums? (Colloidal Acne. Is Colloid Acne a Form of Colloid Milium?), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 416—419. Bericht über vier Fälle. Kolloidakne und Kolloidmilium kommen beide im Anschluß an die Pubertät im Gesicht vor; sie ergeben auf Druck eine gallertige Masse, hinterlassen eine Narbe und werden auf Witterungseinflüsse zurückgeführt. Es ist mit Juliusberg anzunehmen, daß das kolloide Milium sich aus einer Aknepustel entwickelt. U. Greif-Leipzig.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 17. Mai 1923.

A. Castellani: **Eigenartige Follikulitis des Kopfes** (Peculiar Folliculitis of the Scalp). Früher gezeigter Fall, dessen Diagnose zweifelhaft war. Die bakteriologische Untersuchung ergab neben Staphylokokken einen Pilz (weder Kryptokokkus noch Monilia). Eine von ihm hergestellte Vakzine bewirkte in Verbindung mit KJ bedeutende Besserung im Gegensatz zur Unwirksamkeit der Staphylokokkenvakzine.

A. Castellani: **Fall von Trichomycosis axillaris rubra** (Case of Trichomycosis axillaris rubra). Ätiologisch handelt es sich um eine Symbiose von Nocardia tenuis und dem rotes Pigment produzierenden Micrococcus Castellani.

H. W. Barber: **Fall von Dermatitis repens und infektiöser ekzematöser Dermatitis mit Beteiligung der Schleimhäute** (Case of Dermatitis Repens and Infectious Eczematoid Dermatitis, with Involvement of the Mucous Membranes). Neben den Hauterscheinungen fand sich Konjunktivitis, Glossitis, Stomatitis, Balanitis, Urethritis.

Digitized by Google

Aus den Hauteffloreszenzen und den Sekreten ergaben sich Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus.

H. W. Barber: **Fall von Hautatrophien an Händen und Füßen; Lupus erythematosus?** (Case of Atrophic Dermatitis of the Hands and Feet; Lupus Erythematosus?). Langdauernde Erkrankung, Haut blaurot, atrophisch, Nägel größtenteils geschwunden. Neben Lupus erythematosus käme Acrodermatitis atrophicans in Betracht.

H. C. Semon: **Epidemie von Alopezie; zwei Fälle** (Outbreak of Alopezia; Two Cases). Epidemie in einem Waisenhause; unregelmäßige Herde; keine Trichophytonpilze. Epidemie unbekannter Ätiologie oder Artefakte.

Graham Little: Zeigt 1. Fall von Lupus erythematosus. 2. Fall zur Diagnose; 3. Fall von ausgedehnter Urticaria pigmentosa nodularis bei einem Kinde.

J. H. Sequeira: **Tuberkulöse Lymphangitis der Haut** (Tuberculous Lymphangitis of Skin). Früher Lupus vulgaris atrophicus. Im Anschluß an ein Geschwür zwischen den Fingern zahlreiche Knötchen am Handrücken und Handgelenk vom Typus des Lupus hypertrophicus.

A. M. H. Gray: **Fall von Acne scrophulosorum.** Eruption indolenter follikulärer Pusteln vom Acne scrophulosorum-Typus; am Kopf Erscheinungen ähnlich Folliculitis decalvans.

E. Levin-Berlin.

Journal d'Urologie.

Bd. 15, Nr. 6, Juni 1923.

Der Bau der Hoden eines Schimpansen und die Resultate ihrer physiologischen Überpflanzung (Structure des testicules d'un chimpanzé et résultats physiologiques de leur greffe), von E. Retterer und S. Voronoff. S. 417. Die Autoren haben die Hoden eines 6jähr. Schimpansen, dessen physiologischer Körperzustand etwa dem eines 22jähr. Menschen entsprach, und der später an einer Pleuritis verstarb, untersucht und dann auf Menschen überpflanzt. Der erste wurde einem 52jähr. Manne gegeben, der an allgemeiner Depression, Gedächtnisschwäche und Impotenz litt. Der sehr fette Mann nahm im Laufe der nächsten drei Monate 7 kg ab, das Gedächtnis besserte sich erheblich, und nach sieben Monaten war die Genitalfunktion völlig wiederhergestellt. Auch bezüglich der zweiten Überpflanzung wurde ein ausgezeichnetes operatives Resultat erzielt, die physiologischen Erfolge müssen noch abgewartet werden. — Die Struktur der Hoden war folgende: Die Tubuli seminiferi enthalten zwei oder mehr Reihen chromatinreicher Zellen mit retikuliertem Zytoplasma, die Hauptbalken des Retikulums sind perpendikulär auf die Wand der Tubuli zu gerichtet und stellen wohl reich ramifizierte Sertolische Stützzellen dar. Das amorphe Protoplasma in ihren Maschen ist azidophil. Vielfach ist einer der Kerne des Komplexes von einer Zone durchscheinenden Zytoplasmas (männliches Ei, Primordialei, Archispermatozyt usw.) umgeben. Der ganze Zustand war der der Präspermatogenese. Die interessanten Ausführungen, wie sich dieser Umstand mit dem physiologischen Alter des Affen in Einklang bringen läßt, müssen im Original nachgelesen werden, fest steht jedenfalls die physiologische Wirkung der inneren Sekretion, die durch die Überpflanzung je eines jungen Hodens gesichert worden ist.

Über die Vasoligatur mittels Epididymektomie zur Behebung der Senilität und depressiver Zustände (De la vasoligature par épididymektomie employée contre la sénilité et des états dépressifs), von K. Sand. S. 431. An der Hand von vier Krankengeschichten bespricht der Verf. das von ihm inaugurierte Verfahren der Samenstrangunterbrechung mittels Epididymektomie, das bei den betreffenden Fällen vollen Erfolg gebracht hat. Diese vier Fälle sind Musterbeispiele aus der Zahl der 18 Patienten, die

Digitized by Google

der Autor bis Mitte Mai 1922 nach derselben Methode operiert hatte. Bei der Beurteilung des Erfolges wurde stets besonderer Wert darauf gelegt, dem Pat. nicht etwa eine Besserung nur zu suggerieren. Die Operation ist unschädlich und bereitet dem Pat., abgesehen von geringen Unbequemlichkeiten in den ersten Tagen, keine Beschwerden. Wenn auch bisweilen der Erfolg ausbleiben mag, so kann man die Operation mit Rücksicht auf die andererseits oft erstaunlich günstigen Resultate doch bei Fällen von — besonders frühzeitiger — Senilität und bei Pat., die unter Impotenz und depressiven Zuständen zu leiden haben, empfehlen.

Behandlungsindikationen der schweren Formen der Graviditätspyelonephritis (Des indications du traitement des formes graves de pyelonéphrite gravidique), von I. Martin. S. 445. Die Pyelonephritis der Graviden verläuft im allgemeinen gutartig, die Zahl der Todesfälle ist nur sehr gering. Die Kenntnis der Klinik der Affektion ist vorläufig noch so gering, daß man mit Sicherheit keine festen Richtlinien aufstellen kann, ob die Unterbrechung der Schwangerschaft oder die Nephrotomie (Nephrostomie) vorzuziehen sei.

Nekrose der rechten Niere infolge Thrombose der Vena renalis, Nephrektomie, Heilung (Nécrose du rein droit par thrombose de la veine rénale, néphrectomie, guérison), von G. Marion. S. 455. Bei einem 12jähr. Mädchen entwickelte sich im Verlaufe einer Totgeburt im Anschluß an eine Phlebitis des rechten Beines ein schweres Krankheitsbild, das an eine Retentionspyonephrose denken ließ. Die Operation ergab das Vorhandensein einer Perinephritis sclero-lipomatosa und eine Nekrose der rechten Niere. Der steril befundene Thrombus erstreckte sich in alle Verzweigungen der Vena renalis.

Große Urethrafistel am Damm, Mobilisation der Urethra, Urethrorraphie der unteren Wand (Large fistule urétro-périnéale, mobilisation de l'urètre, urétrorraphie de la paroi inférieure), von G. Jungano. S. 459.

Bd. 16, Nr. 1, Juli 1923.

Die Tuberkulose der Blasendivertikel (La tuberculose des diverticules vésicaux), von J. Duvergey. S. 1. In der Literatur finden sich mit der des Autors nur zwei einwandfreie Beobachtungen von Tuberkulose von Blasendivertikeln. Sie ist stets sekundär, der primäre Herd sitzt in den Nieren. Die Behandlung besteht in Spülungen und Instillationen in das Divertikel. Bei schwerer Infektion und Retention kommt chirurgisches Vorgehen, Drainage in Betracht.

Nierenchirurgie mit Vorgehen durch die sakro-lumbale Muskelscheide (Chirurgie rénale par la gaine sacro-lombaire), von V. Richter. S. 7. Gang der Operation: Hautschnitt, drei Querfinger von der Linie der Dornfortsätze entfernt; entsprechende Schnittführung durch die Fascia lumbodorsalis; Beiseiteziehen der darunterliegenden Muskelmasse von deren äußeren Rande aus; Vertikalschnitt durch die Aponeurose des M. transversus; Schnitt durch den M. quadratus lumborum (Schonung des Nervus ileohypogastricus). Die Niere ist dann leicht in dem sie umgebenden fettreichen Gewebe zu finden. Die Operation bietet bei vielen Indikationen große Vorteile wie bei Nephrektomie, Pyelotomie, hohen Ureterotomien, bei der Nebennierenchirurgie usw.

Die Phenolsulfophthaleinprobe als Mittel für die Prognosestellung bei Eingriffen bei Prostatikern (L'épreuve de la phénolsulfophthaléine comme moyen d'établissement du prognostic d'intervention chez les prostatiques), von M. Negro und G. Colombet. S. 12. Die eingehenden und sorgfältigen Untersuchungen der Verff. ergaben die Überlegenheit der Probe für die Stellung einer eventuellen Operationsprognose. Freilich müsse man dafür auch stets alle anderen Faktoren mit in Betracht ziehen, da die Probe nur bezüglich der Funktionsbedingungen der Nieren (Harnstoff) Auskunft gibt, und auch

Digitized by Google

das schon mit geringerer Sicherheit, wenn der Zirkulationsapparat nicht völlig intakt ist. Die Methode ist leicht. Man könne operieren, wenn die Ausscheidung in 60 Minuten mindestens 45% bei intravenöser Injektion beträgt, dagegen nicht, wenn sie sich unterhalb dieser Zahl bewegt. Bei solchem Vorgehen könne die Ziffer der Operationsmortalität noch weiter herabgedrückt werden.

Ein Fall von Blasenkrebs mit Zystenbildung (Un cas de cancer de la vessie avec kystes), von Carle Blavet di Briga. S. 29. Männlicher Pat., 1916 wegen Blasensteinen, im Juli 1921 wegen Blasenkarzinoms suprapubisch operiert; im Januar darauf Operation eines mit der Bauchwand verlöteten Rezidivs. Das mikroskopische Bild des Tumors zeigte vornehmlich dort, wo er mit dem Bindegewebe der Operationsnarben in Kontakt trat, Zysten, die teilweise so groß waren, daß sie mit dem bloßen Auge gesehen werden konnten. Diese Zysten seien nicht als Degenerationszeichen des epithelialen Gewebes, sondern mit größter Wahrscheinlichkeit als Ausdruck der speziellen Tendenz des Epithels der Harnwege zu zystischer Umwandlung anzusehen, wie sie bei chronischen Entzündungsvorgängen (Ureteritis und zystischer Zystitis) schon häufiger beschrieben worden sind. E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Kystoskopische Technik, von Eugen Joseph-Berlin. Julius Springer, Berlin 1923. 221 Seiten. Gz. 18. Das mit 262 Abbildungen versehene Lehrbuch der Kystoskopie, des Ureterenkatheterismus, der funktionellen Nierendiagnostik, Pyelographie und intravesikalen Operationen hilft einem bestehenden Bedürfnis nach einem Lehrbuch der kystoskopischen Technik ab. Gerade für Dermatologen, die doch viel mit Urologen zusammenarbeiten, wird das Buch zum Verständnis der Krankheitsbilder beitragen. Wir finden alle oben angeführten Gebiete durch genügend Abbildungen erläutert, aber nirgends durch unnötigen Ballast an Bildern beschwert. Die Mannigfaltigkeit der 140 verschiedenen kystoskopischen Bilder, sowie die plastische Wirkung derselben, in denen die feinsten Farbennuancen selten gut getroffen sind, ist erstaunlich. Diese Bilder stellen vom künstlerischen Standpunkt das Beste dar, was in der letzten Zeit veröffentlicht wurde. Während die sonst meist von dem Maler Landsberg gezeichneten kystoskopischen Bilder wohl aus didaktischen Gründen durch krasse Farbengebung Differenzierungen schaffen, wo der Beobachter nur feine Übergänge von Nuancenunterschieden findet, sind die Bilder des Buches (Malerin: Frl. E. Krause) wahrheitsgetreu. Als wertvollster Bestandteil dieses Buches muß aber die Sammlung von 64 verschiedenen Pyelogrammen angesehen werden, die in seltener Vollständigkeit eine gute Übersicht über die Bedeutung des Pyelogrammes für die Diagnose und für die Indikation der vorzunehmenden Operationen zu geben imstande ist. Dieses Gebiet, in dem ja Verf. mit an führender Stelle in Deutschland steht, ist durch die glänzenden Aufnahmen und Reproduktionen in bisher noch nicht vorhandener Mannigfaltigkeit ausgearbeitet. Da Verf. die meisten Fälle, deren Pyelogramm er veröffentlichte, auch selbst operierte, so konnte er sich im Laufe der Zeit in diesem Maße selten reiche diagnostische Erfahrungen sammeln, deren Früchte hier erstmalig geschlossen in Form eines Lehrbuches erscheinen. So stellt das Buch trotz seines bescheidenen Titels einen Fortschritt in der Literatur der Nierendiagnostik dar, und es wäre jedem sich mit der Urologie befassendem Arzte anzuraten, sich dieses Lehrbuch, das für das überaus reiche Bildermaterial noch unverhältnismäßig preiswert ist, anzuschaffen, schon um seinen Pat. mit Rat zur Seite stehen zu können, damit rechtzeitig ein urologisch vorgebildeter Chirurg zu Rate gezogen werden kann. Erwähnt sei noch, worauf Verf. in seinem Vorwort besonders hinweist, daß die bisher

Digitized by Google

traditionsgemäß als Einleitung gebrachte Abhandlung über die Geschichte und die optischen und physikalischen Gesetze des Kystoskopes hier weggelassen werden und so das Buch handlicher wird und sofort zu dem praktisch Wertvollen übergeht, eine Lücke, die man um so mehr verschmerzen kann, da der Arzt das Kystoskop ja als fertiges Instrument in die Hand bekommt, mit dem zu arbeiten er lernen soll. A. Rosenburg-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Was erreicht die „Mannheimer Beratungsstelle" für Geschlechtskranke? (Bemerkungen zu Löbs Aufsatz in M. m. W., 1923, Nr. 24), von Hans Schmidt-Marburg. (M. m. W., 1923, Nr. 32, S. 1061.) Schmidt fordert weiteren Ausbau des Meldewesens, besonders bezüglich der den Ort wechselnden Beratenen.

A. v. Notthafft-München.

Die Geschlechtskrankheiten in der besetzten Pfalz, von L. von Zumbusch. (M. m. W., 1923, Nr. 19, S. 605.) Bericht über Erfahrungen gelegentlich einer Pfalzreise. Mit der französischen Besetzung steigerte sich die bis dahin angeblich recht geringe Zahl der Geschlechtskranken auf das Mehrfache der gleichzeitig rechtsrheinisch, ja in der Hauptstadt beobachteten. Die Franzosen haben zwar Frauenhäuser errichtet, die ja zweifellos für Franzosen zum Schutz der deutschen Frauen nötig waren und auch gut gewirkt haben, indem seitdem die Zahl der Geschlechtskranken in der Bevölkerung und die Zahl der Sittlichkeitsangriffe zurückgegangen ist, aber abgesehen von der Beleidigung der Gefühle der Bevölkerung infolge der starken Benutzung und der schlechten sanitären Überwachung der vielfach kranken Besucher (Weiße: Tripper, Farbige: Syphilis) Seuchenherde sind. A. v. Notthafft-München.

Aufhebung oder Belassung der Bordelle, von Fritz Schwink-Nürnberg. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 641.) Aus der Zahl der Besucher der Nürnberger Frauenhäuser und der von Voigt festgestellten Zahl hier angesteckter Männer ergibt sich, daß auf 226 Geschlechtsverkehre eine Ansteckung erfolgte. 1922 wurden bei den Dirnenhausinsassinnen 2,22% Erkrankungen gefunden; gleichzeitig bei den polizeilich aufgegriffenen Weibspersonen 32%. Für diesen günstigen Stand der Frauenhäuslerinnen wird nicht nur die genaue ärztliche Überwachung und Erziehung zum Selbstschutz, sondern auch die Abweisung aller verdächtigen Männer durch die Frauen und das Alkoholausschankverbot zur Erklärung herangezogen. Es ist begreiflich, daß die Ortsgruppe Nürnberg D.G.B.G. gegen eine in Vollzug des Reichsgesetzes erlassene bayerische Ministerialentschließuug vom 26. I. 1923, welche die Schließung der Häuser verlangt, ganz entschieden Stellung nimmt, wobei sie besonders auf die unhaltbaren Zustände hinweist, die aus der erzwungenen Unterbringung der obdachlos werdenden Dirnen in der mit Wohnungselend kämpfenden Stadt erwachsen müssen.

A. v. Notthafft-München.

Prüfung von Schutzmitteln gegen Geschlechtskrankheiten, von F. Ditthorn und E. Neumark-Berlin. (Zschr. f. Hyg., 1923, Bd. 100, S. 170—181.) Verff. haben das von der Herold A.-G. Berlin hergestellte Schutzmittel Halla und die chininhaltige Salbe des Duanti-Besteckes nach Scherbschewsky auf ihre Schutzwirkung gegen Spirochäteninfektion geprüft. Dabei erwies sich die Methode der Infektion des Kaninchenauges mit pallidahaltigem Material zur Prüfung antisyphilitischer Prophylaktika als ungeeignet, da auch an den Kontrolltieren dabei keine Infektion erfolgte. Versuche mit Rekurrensspirochäten an weißen Mäusen ergaben, daß mit dem Hallapräparat in

Digitized by Google

allen 6 Fällen eine Infektion verhindert werden konnte, während mit dem Duanti-präparat dies nur in einem Teil der Fälle möglich war. Auch als Schutz gegen die Uebertragung bei der originären Kaninchensyphilis erwiesen sich beide Präparate in gleicher Weise wirksam. Letztere Methode, wobei Verff. die Verhältnisse des Begattungsaktes künstlich nachzuahmen suchen, halten sie zur Prüfung von Syphilisschutzmitteln für besonders geeignet. B. Peiser-Berlin.

Verschiedenes.

Von Hungersnot und Seuchen in Rußland, von Abel-Jena. (M. m. W., 1923, Nr. 20, S. 633.) Das Unwesen der Sowjetregierung hat einerseits die Seuchenverhältnisse in Rußland aufs schlimmste gestaltet und andererseits Meldeeinrichtungen und statistische Angaben sehr entwertet. Man schätzt aber gegenüber einer Friedensziffer von etwa 80000 die Zahl der 1918—1920 vorgekommenen Flecktyphusfälle auf 15 bis 25 Millionen, 1918—1922 auf 30—35 Millionen = $^1/_4$ der Bevölkerung. Besonders hoher Anstieg zur Zeit der Hungersnot. Jetzt verfällt nicht mehr bloß das Land, sondern auch die Städte den Epidemien, ebenso das früher ziemlich verschonte Sibirien. Die Sterblichkeit ist 7—12%, steigt bei den Ärzten bis 20, in Gefängnissen bis zu 80 vom Hundert. Unter den Juden herrscht geringere Sterblichkeit. Die Verbreitung geschieht hauptsächlich mittels der Wasserstraßen und Eisenbahnen. 1919—20 war eine Eisenbahnfahrt und Flecktyphuserkrankung ziemlich gleichbedeutend. Das Zusammendrängen der Bevölkerung in engen Wohnungen (ganze Straßenzüge von Holzhäusern wurden der Brennstoffnot wegen niedergerissen!), der Mangel an Kleidung, Wäsche und Seife und das tagelange Verharren in den Zügen und auf den Bahnhöfen sind von ursächlicher Bedeutung (sehr hoch ist auch die Steigerung beim Rückfallfieber, weniger hoch bei Typhus, Ruhr und Cholera). Da die drei Typhen ungenau auseinandergehalten werden, ist die Bestimmung der Erkrankungszahl bei einer Form sehr schwer. Die Pocken sind nicht auffallend vermehrt. Die 1920 eingeführte Impfpflicht war nur beim Heer streng durchgeführt (Beulenpest ist wenig, Malaria außerordentlich vermehrt und tritt in schweren Formen auf). Die an Stelle der von der Revolution zerstörten staatlichen und Landschaftsorganisationen getretenen Gesundheitsbehörden können trotz aller Mühe die Aufgabe nicht bewältigen. In Polen sind die Verhältnisse besser, weil hier von den Mittelstaaten mustergültige Einrichtungen hinterlassen worden sind, der Völkerbund und die Rockefellerstiftung mit Geld eingreifen und die Polen selbst eine sehr gute, ganz moderne Gesundheitsgesetzgebung besitzen. Doch sind ihre Beobachtungsstationen auch schon durch massenhaftes Andrängen russischer Zu- und Durchwanderer überrannt worden, die Bevölkerung steht zum Teil kulturell noch tief und kämpft mit inneren politischen Schwierigkeiten, so daß Deutschland immer noch gefährdet ist.

A. v. Notthafft-München.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Studien zur Biologie der elastischen Faser an Hand von Heterotransplantationen, von A. Ludwig, Chir. Univ.-Kl. Leipzig. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 182, H. 1/2, S. 40—47.) Stücke vom Lig. nuchae des Rindes wurden nach Resektion von Teilen der Achillessehne von Kaninchen eingenäht. Im ganzen ergab sich das Bild einer Einheilung mit Umkapselung, das Transplantat ist tot, hat aber ungefähr seine Form beibehalten; es kann danach ein klinischer Erfolg bei Unterpolsterung, Ersatz von Bändern erzielt werden. Derartige Fremdkörpereinheilungen sind bei Heteroplasien eine Seltenheit, das Lig. nuchae eignet sich dazu am ehesten in Anbetracht seiner großen Anspruchslosigkeit. Bezüglich der Neubildung bzw. Regeneration der elastischen Fasern

Digitized by Google

wird aus den Präparaten geschlossen, daß der Hauptmodus ihrer Entstehung in der Differenzierung der elastischen Fasern an der Peripherie von Fibroblasten zu suchen sein wird. E. Levin-Berlin.

Zur Frage des Kapillarkreislaufes im Höhenklima, von P. Liebesny (Physiol. Inst. Wien). (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 33, S. 777—778). Polemik gegen die Anzweifelung der Bedeutung der vom Verf. früher erhobenen Befunde durch E. Lüscher. Es handelt sich um die Häufigkeit der im Gegensatze zu der normalen homogenen Füllung auftretenden grobkörnigen Strömung, bei der sich die Blutkörperchen zu Klumpen zusammenballten und Ausbuchtungen der Kapillarwand hervorbrachten, und die Frage, ob die Unterschiede der Strömung auch im Tiefland beobachtet werden. E. Levin-Berlin.

Zur Frage des Kapillarkreislaufes im Höhenklima, von Ery Lüscher. (Schweiz. m. W., 1913, Nr. 33, S. 778.) Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit. E. Levin-Berlin.

Biochemische Untersuchungen über Zellkernfragen, von H. Steudel-Berlin. (Klin. W., 1923, Nr. 39, S. 1789.) Übersichtsreferat über die Forschungsergebnisse der letzten Jahre auf dem Gebiete der Zellkernfragen. E. Langer-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Nahrungsallergie als Krankheitsursache (Food Allergy as a Cause of Illness), von W. W. Duke-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 11, S. 886—889.) Unter Hinweis auf die bekannte Tatsache, daß bei vielen Personen eine Überempfindlichkeit gegen gewisse Nahrungsmittel besteht, bespricht Verf. die Gründe, bei denen die Allergie zur Krankheit führen kann. Einmal ist es die Kontaktreaktion des Nahrungsmittels auf die Magen-Darmschleimhaut bzw. deren Produkt, wogegen der Betreffende überempfindlich ist. Zweitens kommt eine Störung des gastrointestinalen Apparates in Frage als Teilerscheinung einer allgemeinen Reaktion auf die Nahrung, nachdem diese resorbiert und auf das Blut verteilt ist. Drittens tritt bei einem im Reizzustande befindlichen Organ eine krankhafte Reaktion auf durch mechanische, chemische oder thermische Reize, abnorme Reflexe und andere gleichzeitig bestehende Krankheiten. Ferner wird eine nicht durch Allergie bedingte Krankheit verschlimmert durch Reaktionen, die Nahrungsmittel auslösen. Und schließlich kann ein organisches Leiden aus dem akuten oder chronischen Reaktionszustande resultieren. Die auf Allergie bezüglichen Symptome teilt Verf. in die beiden Klassen der Kontakt- und der allgemeinen Reaktionen ein und unterscheidet weiter zwischen denen der außergewöhnlichen Nahrungsmittel und der täglichen. Im ersten Fall ist die Krankheit akut, von kurzer Dauer und rückfällig, im letzteren gewöhnlich chronisch, oft von Remissionen unterbrochen. Als Kontakt- oder als Teil der allgemeinen Reaktion sind die gastrointestinalen, die Augen-, Nasen-, Rachen-, Bronchial- uud Hautsymptome aufzufassen, als Teilreaktionen die nervösen; die Blasensymptome, das angioneurotische Ödem, Kopfschmerzen, Gelenkentzündung, Eosinophilie. Die Diagnose gründet sich neben einer sorgfältigen Anamnese nebst allgemeiner und spezieller Untersuchung auf Impfproben. Bei diesen ist auf Kranke mit sehr lebhafter Reaktion Bedacht zu nehmen. In therapeutischer Beziehung ist die Vermeidung des oder der schädlichen Nahrungsstoffe die Methode der Wahl, wo dies nicht angängig, wie bei den alltäglichen Nahrungsmitteln, spezifische Proteinkörperbehandlung. Nichtspezifische Eiweißkörpertherapie sollte in den Fällen stattfinden, bei denen die krankmachende Ursache nicht gefunden oder entfernt werden kann. Symptomatisch empfiehlt Verf. das Epinephrin und Atropin. F. Quasig-Hamburg.

Ätiologie unbekannt („Etiology Unknown"), von Markus Haase-Memphis. (J. Am.

Digitized by Google

m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 9, S. 703—704.) Verf. weist auf die bedauerliche Tatsache hin, daß die Ätiologie von sehr häufig vorkommenden Hautleiden, wie Ekzem, Psoriasis, Alopezie, Hypertrichose, Pruritus und Pityriasis rosea, noch immer im unklaren liegt. Er verspricht sich durch rege Zusammenarbeit des Dermatologen mit dem inneren Kliniker und dem Pathologen einen Fortschritt und wünscht ferner mehr monographische Darstellungen von Dermatosen unbekannten Ursprungs. F. Quasig-Hamburg.

Anaphylaktischer Schock, hervorgerufen durch intrakutane Aolaninjektion bei einem mit Urtikaria behafteten Individuum, von Emmerich Lehner-Budapest. (W. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1566.) Verf. beobachtete bei einem als vagotonisch bekannten Patienten, der an einer Urtikaria litt und zur Prüfung der Sensibilität gegen Milcheiweiß mit Aolan gespritzt wurde, nach der 1. intradermalen Injektion von Aolan das Auftreten von hochgradigen anaphylaktischen Erscheinungen. Es war dem Verf. weiterhin möglich, durch Beimpfen von zwei Patienten, die im übrigen gegen Aolan allein keinerlei Überempfindlichkeitserscheinungen zeigten, mit dem Krankenserum + Aolan eine „Sofortreaktion" auszulösen, wodurch ihm der Beweis der passiven Übertragbarkeit der Anaphylaxie auf normale Menschen gelungen ist, ähnlich den Erfolgen Biberstein's und Jadassohn's bei ihren „Sofortreaktions"-Versuchen. Es muß sich in dem vorliegenden Falle um eine Sensibilisierung auf enteralem Wege handeln, da bereits auf die erste lokale Aolaninjektion die anaphylaktischen Erscheinungen auftraten. Der Fall ist dadurch noch besonders interessant, da es sich hier mit einer gewissen Sicherheit um eine Vererbung der Anaphylaxie handelt. Denn sowohl der Vater wie auch die Geschwister des Kranken und schließlich auch sein Sohn und die Kinder der väterlichen Tante sind gegen gewisse Nahrungsmittel und Medikamente stark überempfindlich. Auch bei dem Patienten selbst ergab eine weitere Prüfung, daß es sich bei ihm nicht nur um eine Überempfindlichkeit gegen Aolan handelte, sondern sie zeigte sich auch gegen Morphin und seine Derivate, gegen Brom und auch gegen Atropin. Es kann nach den Prüfungsergebnissen des Verf. keine scharfe Trennung zwischen Anaphylaxie und Idiosynkrasie vorgenommen werden. E. Langer-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Über den Gehalt einiger Silberpräparate an kolloidem, echt gelöstem und jonisiertem Silber, von K. v. Neergaard-Basel. (Kl. W., 1923, Nr. 36, S. 1699.) Verf. hat mit seiner nicht näher angegebenen Methode nach den obigen Gesichtspunkten die verschiedensten Silberpräparate untersucht und gefunden, daß sonst als nahe verwandt erscheinende Präparate auf Grund seiner Bestimmung von ganz verschieden starker Einwirkung sein müssen. E. Langer-Berlin.

Über die antihydrotische Wirkung des Thallium (Bemerkung zu dem Aufsatz von Schoen: „Über schweißhemmende Mitttel" in Nr. 28 d. W.), von A. Buschke-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 36, S. 1698.) Die schweißhemmende Wirkung des Thallium ist eine sehr prompte und lange anhaltende; gegen die ausgiebige Verwendung spricht vorläufig nur seine toxische Wirkung, deren Beseitigung bisher nicht gelungen ist. E. Langer-Berlin.

Zur Einführung der Hefe in die Therapie („Neuracen"), von A. Ringler-München. (M. Kl., 1923, Nr. 38/39, S. 1296—1297.) Neuracen, aus mehreren bestimmten Hefesorten zusammengesetzt, ist ausgezeichnet durch die Ausschaltung der bei der bisherigen Hefetherapie störenden Gärtätigkeit der Zellen. E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die Wirkung von Strahlenenergie auf die Gewebsatmung tierischer Zellen, von A. Gottschalk und W. Nonnenbruch-Würzburg. (Strahlenther., 1923, Bd. 15,

Digitized by Google

S. 98—102.) Untersuchungen über den Einfluß der verschiedenen Strahlen auf den Zellstoffwechsel ergaben, daß Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne unter 45 Minuten Dauer auf die Gewebsatmung überlebender Froschmuskelzellen beschleunigend wirkt, während längere Einwirkung die Atmungsvorgänge hemmt. Röntgen- und Radiumstrahlen mindern in zunehmendem Maße die Oxydationsprozesse der Froschmuskelzellen herab. In Anbetracht der großen Unterschiede in der Empfindlichkeit der verschiedenen Gewebe für Bestrahlung ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht angängig.

B. Peiser-Berlin.

Der Einfluß von Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlängen auf einige tierische Gewebe; Beweis der verschiedenen Wirkung (The Effect of X-rays of Different Wave-Lengths Upon Some Animal Tissues; Proof of Differential Action), von S. Russ-London. (Lanc., Nr. 5222, S. 637.) R. hat bereits in einer früheren Arbeit über die keimtötende Wirkung der ultravioletten Strahlen gezeigt, daß eine ausgesprochen verschiedene Wirkung in diesem Teil des Spektrums vorhanden ist, d. h. elektromagnetische Störungen einen verschiedenen Einfluß, je nach der benutzten Wellenlänge, auf die gleiche Art Gewebe haben. Bei den Versuchen, diese Experimente auf die Röntgenstrahlen auszudehnen, ergaben sich verschiedene Schwierigkeiten, die mit den Absorptionsverhältnissen der Gewebe je nach ihrem Wassergehalt, der Zellstruktur, der Dicke usw. zusammenhingen; in Anbetracht dieser Schwierigkeiten wählte R. X-Strahlen von gewisser beschränkter Wellenlänge und setzte die Gewebe in erster Linie nur abgemessenen Strahlendosen aus. Der weitere Schritt war nun, die Skala der Wellenlänge beträchtlich höher zu nehmen und zu sehen, ob bei der gleichen Strahlendosis die gleichen Erfolge erzielt werden. Der vergleichenden Untersuchung wegen wurden weiche und harte Röhren benutzt, und die Schlüsse, die sich dabei ergaben, sind von Bedeutung für die Radiotherapie. Es zeigte sich, daß der Unterschied zwischen harten und weichen Strahlen für die Haut der Ratten ein größerer war als für die Geschwulstzellen. Vorausgesetzt, daß dies auch beim Menschen zutrifft, so wäre dies ein Argument für die Anwendung sehr harter X- oder γ-Strahlen, wenn Tumoren, die beträchtlich tief unter der Haut liegen, zu bestrahlen sind. Es erhebt sich also die Frage, ob die Spezifikation, welche Seitz und Wintz für die Karzinomdosis in Ausdrücken der Hautdosis wählten, eine genügend scharfe ist, da diese eine Funktion der Wellenlänge sein kann. Die zwei Hauptresultate, die erzielt wurden, sind, daß ungefähr 6mal soviel kurze Wellenlängenwie lange Wellenlängenenergie in einer Hautschicht aufgewendet werden muß, um gleiche Reaktionen hervorzurufen und daß diese Zahl auf 2,6 im Falle von Geschwulstmassen sinkt. Es erscheint weiterhin die Frage berechtigt, ob dies nicht Fälle sind, wo die molekulare Konfiguration, getrennt von der atomischen, mehr von Elektronen niederer als hoher Geschwindigkeit angegriffen wird. Die Versuche von Wilson haben direkte Beweise für den Anteil, welchen die Elektronen im Spiele der X-Strahlen bei der Ionisation haben, geliefert, und es würde nicht unangebracht sein, anzunehmen, daß die niederen (langsameren) Elektronen, welche durch die längeren Wellenlängen frei werden, ausgeprägtere Wirkung in den Geweben haben als die rascheren, welche durch kürzere Wellenlängen frei werden, wenn auch in beiden Fällen ein ähnlicher Energieaufwand vorkommt. Die interessante Arbeit, die eine Anzahl tabellarischer Zusammenstellungen über die Wirkung harter und weicher Röntgenstrahlen, über die notwendige Zeitdauer, welche dieselben auf Gewebe- und Geschwulstarten zur Reaktion benötigen, und andere Einzelheiten mehr bringt, bedeutet jedenfalls einen weiteren Schritt zur Klärung der so viel umstrittenen Frage über die Art der Einwirkung der Röntgenstrahlen und deren Dosierung in der Therapie der Neubildungen.

M. Stern-München.

Blut- und Serumuntersuchungen unmittelbar vor und nach Röntgen-

Digitized by Google

bestrahlung, von E. Herzfeld und Hans R. Schmidt-Zürich. (Strahlenther., 1923, Bd. 15, S. 84—97.) Die Untersuchungen der Verff. ergaben, daß Blut bei den gebräuchlichen Strahlenqualitäten und Strahlenquantitäten keinen Absorptionsunterschied gegenüber Aqua dest. und Ringerlösung aufweist. Der Eiweißgehalt des Serums ergab direkt nach der Bestrahlung geringere Werte als vorher, was sich in einer Abnahme der Viskosität und der Refraktionswerte zeigte; und zwar fand sich dabei eine Verschiebung der Eiweißwerte zuungunsten der Albumine. Schließlich ließ sich in vitro eine starke Gerinnungsbeschleunigung durch die Röntgenbestrahlung nachweisen.

B. Peiser-Berlin.

Ist zur Erklärung der Röntgenwirkung die Annahme von Funktions- und Wachstumsreiz notwendig?, von F. Pordes-Wien, Zentralröntgenlaboratorium Allg. Krkh. Wien. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 640—645.) Der Satz: Kleine Mengen eines Mittels erregen, mittlere lähmen, große töten, findet seine Bestätigung in der Pharmakologie nicht. Dieser Satz ist wahrscheinlich auch bei der Röntgenwirkung nicht anwendbar. Es lassen sich alle Röntgenbeeinflussungen durch eine lähmende Wirkung auf die radiosensibelsten Elemente des Bestrahlungsobjektes erklären.

E. Hornemann-Lüneburg.

Über Röntgenreizbestrahlung, von Mühlmann-Stettin, Röntgenabt. d. St. Krkh. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 646—649.) Sehr gute Erfolge bei Morbus maculosus, sekundärer und perniziöser Anämie, akuter Nierenentzündung, Nephrosen. Die Röntgendosis betrug etwa 25% der HED. E. Hornemann-Lüneburg.

Lokale oder allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen?, von L. Seitz-Frankfurt a. M. (Strahlenther., Bd. 15, H. 4, S. 436—442.) Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Neubildungen ist vorwiegend eine direkte zellabtötende.

E. Hornemann-Lüneburg.

Die elektromagnetischen Schwingungen und die Immunität, von A. Theilhaber-München. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 605—610.) Gegen die Epithelwucherungen beim Karzinom sind die Lymphozyten und die Bindegewebszellen als Schutzwehr aufzufassen. Zur Neubildung von Lymphozyten, die wahrscheinlich Fermente als Gegenmittel enthalten, sind die verschiedensten Reizmittel anwendbar. Verf. bevorzugt als solches Mittel die Diathermie, die er nach Karzinombestrahlungen mit gutem Erfolg oft angewandt hat. E. Hornemann-Lüneburg.

Krebsbestrahlung nach Sensibilisierung mit Thoriumvitrol, von Kurt Sibdamgrotzky und Hugo Picard, Chirurg. Kl., Charité Berlin. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 634—639.) Die Sensibilisierung beschleunigte und verstärkte die Röntgenwirkung sehr erheblich. Es fehlt noch die technische Ausarbeitung der Methode.

E. Hornemann-Lüneburg.

Biologische Versuche über die Wirkung der Bestrahlung auf das Karzinom, von F. Kok und K. Vorlaender, Freiburger Univ.-Frauenklinik. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 561—604). II. Teil. Künstlich erzeugte Mäusekarzinome ließen sich durch stark gefilterte Röntgenbestrahlungen gut beeinflussen. Die besten Resultate ließen sich erzielen durch Mitbestrahlung der Umgebung der Karzinome sowie auch durch Totalbestrahlung der Mäuse. Bei Lokalbestrahlung entsprach die wirksamste Dosis einer Dosis, die etwas unter der Epilationsdosis bei Mäusen lag. Bei den Totalbestrahlungen entsprach die entsprechende Dosis 20% der Epilationsdosis. Die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen ließ sich biologisch und histologisch erweisen. Sie wurde hervorgerufen durch eine allgemeine Wirkung vom Organismus aus; eine karzinomzellentötende Strahlenwirkung mußte abgelehnt werden. Die karzinomvernichtende Reaktion erwies

Digitized by Google

sich in der „Bindegewebs- und Zellularreaktion". Die nach der Bestrahlung auftretenden Histiozyten ließen auf Mitwirkung des retikuloendothelialen Apparates schließen.

E. Hornemann-Lüneburg.

Die Röntgenbestrahlung bei der Lymphogranulomatose, von H. Chaoul und Kurt Lange-München. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 620—623.) Durch Anwendung einer neuen Methode, die in Verabfolgung von kleinen, oft wiederholten Röntgendosen mit großen Feldern bestand, haben die Verff. sehr günstige Resultate erzielt.

E. Hornemann-Lüneburg.

Über Steigerung der Röntgenstrahlenwirkung. Ergebnisse aus Versuchen an der menschlichen Haut, von L. Halberstädter und Albert Simons-Berlin. (Strahlenther., 1923, Bd. 15, S. 65—83.) Durch verschiedene Mittel chemischer, thermischer und aktinischer Natur, wie Pinselung mit Jodtinktur, Applikation von Wärme, Bestrahlung mit der Quarzlampe konnten Verff. eine Sensibilisierung der Haut gegen Röntgenstrahlen erzielen. Diese Reaktionssteigerung hat ihre Ursache in einer Reizwirkung auf die Gefäße, die sowohl dem Sensibilisierungsmittel als auch der Röntgenbestrahlung zukommt. Die gesteigerte Wirkung der Bestrahlung tritt auch ein, wenn das Sensibilisierungsmittel kurz nach der Bestrahlung angewandt wird. Die durch Summation von auf das Gefäßsystem ausgeübten Reizen verstärkte Hautreaktion ist als rein biologische Sensibilisierung im Sinne einer Erhöhung der Reaktionsbereitschaft aufzufassen.

B. Peiser-Berlin.

Zur Frage der Intensitätsverteilung bei Röntgenbestrahlungen, von F. Caesar-Freiburg. (Strahlenther., 1923, Bd. 15, S. 103—117.) Auch außerhalb des Strahlenkegels lassen sich auch in größerer Entfernung erhebliche Intensitäten feststellen, die bei Mehrfelderbestrahlung sicher die Schwelle biologischer Wirkung überschreiten. Auf der Kathodenseite der Röhre sind die Intensitäten in der Umgebung des Strahlenkegels größer als auf der Antikathodenseite. Die in der Umgebung absorbierte Gesamtstrahlenmenge ist der im Kegelbereich absorbierten mindestens gleichzusetzen, was therapeutisch von großer Bedeutung ist. Durch Verstärkung des Bleiglasschutzes des Röhrentopfes und Abdeckung des Patienten kann die Umgebung vor der Strahlenabsorption geschützt werden.

B. Peiser-Berlin.

Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Kochsalzstoffwechsel und seine Beziehungen zur Therapie des „Röntgenkaters", von Hans Sielmann-Wien. (Strahlenther., Bd. 15, H. 4, S. 458—463.) Experimentelle Untersuchungen an Blasenfistelhunden ergaben vermehrte Urin- und Kochsalzausscheidung. Zur Verhütung eines „Röntgenkaters" wurde mit Erfolg vor und nach Röntgenbestrahlungen Kochsalz verabfolgt.

E. Hornemann-Lünneburg.

Zur Pathogenese des Röntgenkaters, von H. Bernhardt-Berlin. (Klin. W., 1923, Nr. 39, S. 1795.) Verf. konnte durch Stoffwechseluntersuchungen an Röntgenbestrahlten feststellen, daß es nach der Bestrahlung nicht nur zu einer Veränderung im Wasser- und Kalkhaushalt kommt, sondern daß auch die Serumeiweißwerte sich ändern. An dem Grade der Änderung des Harnsäure- und Phosphorsäurestoffwechsels kann man die durch die Bestrahlung erfolgte Zellschädigung ermessen. Somit ist als sicher anzunehmen, daß bei der Genese des Röntgenkaters die Beeinflussung der Körpereiweißstoffe durch die Bestrahlung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

E. Langer-Berlin.

Zur Behandlung der Röntgenallgemeinschädigung, von H. Nevermann-Hamburg. (Klin. W., 1923, Nr. 37/38, S. 1747.) Der Kochsalzstoffwechsel spielt bei dem Zustandekommen der Röntgenbeschwerden keine so wesentliche Rolle, dementsprechend auch nicht bei dem Schwinden derselben. Dieselbe therapeutische Wirkung

Digitized by Google

wie mit Kochsalzlösungen als Klysma, intravenös oder per os, womit man sehr gute Resultate erzielt, erreicht man auch mit Kognak und in manchen Fällen durch Aolaninjektionen. Bei dem Zustandekommen des Röntgenkaters kommt dem vegetativen Nervensystem eine wesentliche Rolle zu. E. Langer-Berlin.

Gleichzeitige Röntgenepilation mehrerer Köpfe mit einer Röhre. (Eine Methode des Massenbetriebes), von V. Altmann, Zentralröntgenlabor. d. Allg. Krankh. Wien u. Röntgenlabor. der Favusheilanst. f. Osteuropa in Warschau. Anwendung einer Bestrahlungsmethode, die ermöglichte, gleichzeitig 3 Köpfe zu bestrahlen. Es genügt eine 4malige Kopfeinstellung, die an 3 Liegenden vorgenommen wird, deren Köpfe im Strahlenkegel liegen, während die 3 Körper im Winkel von 120° auseinanderstreben.
E. Hornemann-Lüneburg.

Tagesfragen der Dosimetrie, von H. Küstner-Göttingen. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 611—619.) Um die im Gebrauch befindlichen verschiedenen Dosimeterverfahren miteinander vergleichen zu können, empfiehlt es sich, eine Standard-Ionisationskammer zu schaffen, nach welcher mittels transportabler Ionisationskammer die in den Instituten vorhandenen Dosimeter geeicht würden. E. Hornemann-Lüneburg.

Über die Bestimmung des Schwächungskoeffizienten und der Streuzusatzstrahlung mit dem Siemens-Röntgen-Dosimeter, von Robert Jaeger und Walther Rump, Röntgen-Inst. d. Frauenkl. Erlangen. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 650—660.) Messungen mit dem Siemens-Röntgen-Dosimeter am Wasserphantom.
E. Hornemann-Lüneburg.

Die biologischen Angriffspunkte der Radiumstrahlen, von A. Fernau-Wien. Strahlenther., Bd. 15, H. 4, S. 532—536.) Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß der Angriffspunkt des Radiums das Albumin und Glutin sei, nicht dagegen das Lezithin wie von G. Schwarz angenommen. Durch Radiumbestrahlung findet wahrscheinlich eine verstärkte Tätigkeit der autolytischen Fermente im Karzinomgewebe statt.
E. Hornemann-Lüneburg.

Über die Radiumbehandlung der Gefäßgeschwülste der Haut, von L. Kumer-Wien. (Strahlenther., Bd. 15, H. 4, S. 506—521.) Da Spontanheilung der Angiome ohne Exulzeration äußerst selten ist, soll frühzeitige Radiumbehandlung angewandt werden. Exulzerierte Angiome sind besser nicht zu bestrahlen, da meistens die Exulzeration fortschreitet. Vereinzelte Teleangiektasien, sternförmige Angiome, Blutzysten sind nicht zu bestrahlen, da bessere Behandlungsmethoden vorhanden sind. Die beste Behandlungsmethode beim Haemangioma simplex, beim Naevus flammeus ist die Wischmethode mit Beta- und Gammastrahlen, auch bei dieser Methode muß man oft mit einem halben Erfolg, mit einer Abblassung zufrieden sein. Die besten Erfolge erzielt man mit Radium bei dem Haemangioma cavernosum cutaneum und zum Teil auch beim subkutanen Angiom; anzuwenden sind Gammastrahlen. Am besten beeinflußbar sind die himbeerartigen Nävi, am schlechtesten die pulsierenden Angiome.
E. Hornemann-Lüneburg.

Über den Einfluß von ultraviolettem Licht auf den Zucker- und Fettgehalt im Blute avitaminöser Tiere, von Alpern, Experiment.-biologisch. Abt. des Patholog. Inst. d. Univ. Berlin. (Strahlenther., Bd. 15, H. 5, S. 661—666.) Bestrahlungen mit der Hanauer Quarzlampe steigerten die Temperatur durchschnittlich um 2°, erhöhten den Zucker und Fettgehalt und verminderten meist den Cholesteringehalt.
E. Hornemann-Lüneburg.

Untersuchungen über die Physiologie der Lichtwirkung. 2. Mitteilung. Lichtbäder und Serumkalkspiegel, von St. Rothman und J. Callenberg-Gießen. (Klin. W., 1923, Nr. 37/38, S. 1751.) Die Verff. prüften die Frage der Beeinflussung

Digitized by Google

des Serumkalkspiegels durch einmalige oder wiederholte Allgemeinbelichtungen. Sie fanden, daß eine einmalige Bestrahlung den Kalkspiegel im Serum erhöht, daß dieser sich aber bei Nachlassen der Dermatitis wieder fast zur Norm senkt. Dagegen blieb der Kalkspiegel, wenn eine Pigmentierung erfolgte, und bei weiterer Belichtung ungefähr auf der gleichen Höhe. Des weiteren ließ sich durch langsam ansteigende Pigmentierung ohne Dermatitis ein Ansteigen des Kalkspiegels hervorrufen. Ebenso ließ sich der Kalkspiegel dauernd hoch halten, wenn die bereits pigmentierten Individuen weiterer Lichteinwirkung ausgesetzt wurden. Auf diese Weise finden die günstige Beeinflussung der Hauptindikationsgebiete für Allgemeinbestrahlungen — Tuberkulose und Rachitis — eine einleuchtende Erklärung. E. Langer-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Beobachtungen und Erfahrungen an 52 Sympathektomien, von H. Kümmell jun.-Hamburg-Eppendorf. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 38, S. 1434—1439.) Als Folge der Sympathektomien bestätigt Verf. zunächst die bisher gemachten Beobachtungen: Sinken des Blutdrucks, Kleinerwerden des Pulses bis zum völligen Verschwinden, Sinken der Hauttemperatur; diese mangelhafte Durchblutung macht später einer Hyperämie Platz, und dieser ist die günstige Wirkung der Sympathektomie bei allen vasomotorischen Störungen zuzuschreiben. — Es folgt ein ausführlicher Bericht über die Operationserfolge an vielgestaltigem Material: Trophoneurotische Störungen wurden im allgemeinen günstig beeinflußt, ebenso auch die diabetische Gangrän, dagegen nicht die arteriosklerotische Gangrän. Trophische Ulzera (Ulcera cruris, Tabes, Syringomyelie) gaben ein sehr befriedigendes Resultat, ebenso Folgen alter Erfrierungen, je ein Fall von Elefantiasis und chronischem Ödem. Besonders günstig reagierten die Hautkrankheiten auf die Operation. So wurden mit gutem Erfolg behandelt eine seit 2 Jahren bestehende Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, ebenso eine Hyperkeratose der linken Hand und 1 Fall von schwieligem Ekzem; dagegen versagte die Methode bei einem Fall von Pruritus. — Ähnlich günstige Erfolge wurden erzielt durch die Enthülsung des Halssympathikus bei bronchialem und kardialem Asthma. — Das Wesentliche bei der Sympathektomie ist, daß die Enthülsung des Nerven weitgehend und gründlich erfolgt. F. Landauer-Berlin.

Über Nervenvereisung bei angiospastischen Schmerzzuständen, von A. Läwen-Marburg. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 25, S. 1346—1350.) L. hat bei einem 63jähr., von heftigsten angiospastischen Schmerzzuständen im rechten Bein geplagten Pat. die Querschnittsvereisung des N. ischiadicus und N. saphenus ausgeführt. Der Kranke ist seither vollkommen schmerzfrei. Verf. empfiehlt für derartige schwere Fälle, wo alle übrigen Methoden — auch die Leriche'sche Sympathektomie — versagen, einen Versuch mit der Vereisung, unter der Voraussetzung, daß diese lange genug stattfindet: Für den N. ischiadicus sind 2mal 20 Minuten, für den Ulnaris oder Medianus etwa 15 Minuten notwendig. Eine unmittelbar nach der Vereisung aufgetretene komplette Lähmung des Beins bildete sich nach 2 Jahren zurück. 7 Monate nach der Operation traten am Fuß zwei trophoneurotische Geschwüre auf, deren letztes etwa 10 Monate zur dauernden Heilung brauchte. F. Landauer-Berlin.

Kapillarerweiterung, Urtikaria und Schock, von Ebbecke-Göttingen. (Kl. W., 1923, Nr. 37/38, S. 1725.) Dieselben Stoffe, die lokal eine Quaddelbildung verursachen, machen, wenn sie in großer Menge in den Kreislauf kommen, eine Schockwirkung. Daher zieht Verf. zwischen dem klinischen Bilde der Urtikaria und des Schocks vollständige Parallelen. Für beide klinische Bilder kommen als Ursache dieselben Reize in Frage entweder traumatischer, toxischer, physikalischer, chemischer oder anaphylakti-

Digitized by Google

scher Natur. Bei beiden Krankheitsformen kann man den Vergleich von den Anfängen bis zur vollen Entwicklung durchführen. Auch die Einwirkung auf die Kapillaren gleicht sich in beiden Fällen, angefangen von der einfachen Hyperämie mit Strombeschleunigung über die Hyperämie mit Stromverlangsamung und bis zu dem Ödem und Stase.

E. Langer-Berlin.

Zur Technik der intravenösen Sublimatinjektionen bei Varizen und dem varikösen Symptomenkomplex, von J. Fabry-Dortmund. (M. Kl., 1923, Nr. 40, S. 1324—1325.) Verwendet werden von frisch bereiteter und frisch sterilisierter Sublimatlösung (0,1 : 10,0) in einer Sitzung 1—1½ bis höchstens 2 ccm; Wiederholung in Zwischenpausen von 8—14 Tagen. Injiziert wird (bei nicht zu stark entwickelten Venen die Gesamtdosis auf 2 Stellen verteilt) bei dem erhöht stehenden Patienten, während ein Assistent je einen Finger breit ober- und unterhalb der Injektionsstelle komprimiert, und zwar noch 3 Minuten nach der Injektion. Während dieser Zeit wird die Injektionsstelle kräftig massiert, danach Lockerung erst der distalen, dann der proximalen Druckstelle. Die vorher erweiterte Vene muß sich dann dünn und fest, starr wie ein Bleistift anfühlen. In zu große Knoten und deren Nähe soll nicht injiziert werden (große Thrombosierungen), auch nicht in größere, senkrecht von oben nach unten verlaufende Venen (leichte Lösung der Adhäsionen). Besser sind geschlängelte Venen mittleren Kalibers. Zahl der Injektionen je nach dem Erfolge; die Ausbildung des kollateralen Kreislaufes ist im weiteren Verlaufe zu beachten. Der gute Verschluß äußert sich auch in dem Zurückgehen des varikösen Symptomenkomplexes (Ekzeme, Purpura, Ulzera). Rezidive kommen vor, doch kann das Verfahren dann wiederholt werden.

E. Levin-Berlin.

Varizen — Ulcus cruris und ihre Behandlung, von E. Clasen-Itzehoe. (M. Kl., 1923, Nr. 38/39, S. 1302—1305 und Nr. 42, S. 1404—1406.) E. Levin-Berlin.

Herpes.

Die „Einschlußkrankheiten" der Haut, von P. Lipschütz-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1563.) Kurze Übersicht über die „Einschlußkrankheiten" der Haut an Hand einiger Beispiele. Es werden die bisher über dieses Gebiet bekannten Tatsachen referiert. E. Langer-Berlin.

Prurigo und Pruritis.

Die Behandlung des essentiellen Pruritus genitalis mit Thyreoidea, von A. Bregmann, Kantonales Krankenasyl in Wil. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 34, S. 801.) Von der Annahme ausgehend, daß der sogenannte essentielle Pruritus genitalis keine funktionelle Neurose, sondern möglicherweise ovariellen Ursprungs ist und basierend auf der Tatsache der engen hormonalen Wechselbeziehungen zwischen Ovarien und Thyreoidea wurde der rein empirische Versuch unternommen, das Leiden mit Thyreoidea zu behandeln. Bei Verabreichung von täglich 0,1 der getrockneten Schilddrüsensubstanz ließ der bis dahin sehr heftige und durch die sonst übliche Behandlung nur wenig beeinflußte Pruritus schon nach einer Woche deutlich nach, um nach zwei Wochen restlos zu verschwinden. Wurde die Behandlung für 2—3 Wochen ausgesetzt, so kehrte der Pruritus allmählich wieder zurück, schwand aber bald nach Wiederaufnahme der Behandlung, wobei dann tägliche Dosen von 0,05 genügten. E. Levin-Berlin.

Röntgenbehandlung des Pruritus und der juckenden Hautkrankheiten (Traitement par des rayons X des prurits et des dermatoses prurigineuses), von P. Cottenot. (J. de Méd. de Paris, 1923, Nr. 39, S. 795—797.) Die Röntgenbehandlung ist oft wirksam, wo andere Behandlungsmethoden versagen, doch sollen die einfacheren Methoden

Digitized by Google

zunächst versucht werden. Bei Rückfällen kann die Behandlung nicht unbegrenzt wiederholt werden. Abgesehen von der symptomatischen Behandlung kann auch eine Behandlung der Nervenwurzeln am Rückenmark versucht werden. Sie ist wirksam bei Pruritus ani, scroti, vulvae, bei Lichen simplex, doch kommen hier oft Rückfälle vor. In Betracht kommt für die Behandlung auch Lichen planus, L. corneus hypertrophicus. Von allgemeinen Formen zeigt eine besondere Beeinflußbarkeit das oft unerträgliche Jucken bei Mycosis fungoides, bei sonstigem allgemeinen Jucken zeigt sich kein besonderer Einfluß.

E. Levin-Berlin.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Die intravenöse Vakzinetherapie bei Pyodermien, von Utenkow und Hempel. (Moskowski Medicinski Journal, 1923, Nr. 3—5, S. 3.) Die intravenöse Injektion von polyvalenter Staphylokokkenvakzine erweist sich bei Eczema impetiginosum, Impetigo contagiosa, Pyodermie, Sycosis vulgaris und Furunkulosis angezeigt, da sie von hohem therapeutischem Wert und bei rationeller Anwendung durchaus ungefährlich ist.

A. Jordan-Moskau.

Ekzem, Rosazea.

Sensibilisierung und Desensibilisierung bei den Ekzemen im Anschluß an einen Fall von Odolekzem, von J. Jadassohn-Breslau. (Klin. W., 1923, Nr. 36/37/38, S. 1680.) Gestützt auf praktische Beobachtungen und experimentelle Feststellungen berichtet Verf. über seine Anschauungen über die Sensibilisierung in der Ätiologie des Ekzems, von dem man nicht die artefiziellen Dermatitiden trennen kann, da sie prinzipiell in dasselbe Gebiet gehören. Unter Sensibilisierung versteht J. „die Steigerung der Empfindlichkeit der Haut durch eine bestimmte Einwirkung und nachweislich durch diese gegen die gleiche oder auch gegen andere Einwirkungen auf die Haut". Somit teilt er die Sensibilisierung in eine spezifische und eine unspezifische, die jede durch die verschieden einwirkenden Reize zustande kommen kann. Dabei kann es sich um eine streng lokal begrenzte oder aber eine generalisierte Sensibilisierung handeln. Der Charakter der Sensibilisierung kann monovalent sein, d. h. nur gegen eine ganz bestimmte Reizwirkung, oder polyvalent, d. h. auch gegen mehr oder weniger nahe verwandte Reize. Bestimmte Dispositionen des Körpers sind bei der Ekzemfrage auch zu beachten, so die Reizbarkeit verschieden stark pigmentierter Hautbezirke, die Spannung der Haut, Exposition einzelner Körperteile gewissen Schädlichkeiten gegenüber, anatomische, physikalische und biochemische Dispositionsmomente, daneben kommt auch ein gewisser Wechsel in der Disposition in Frage, entweder bedingt durch äußere Einflüsse, wie Wechsel der Witterung, der Jahreszeit usw., oder veranlaßt durch endogene Veränderungen, wie konstitutionelle Erkrankungen. Wie der Sensibilisierung kommt auch der Frage der Desensibilisierung, dieser aber besonders für die Therapie und die Prognose der Erkrankungen eine große Bedeutung zu. Auch hier müssen wir trennen zwischen spezifischen und unspezifischen Formen, zwischen der lokalisierten und generalisierten Desensibilisierung und nach der Art des Herantretens der Reizwirkung. „Die Sensibilisierung und ebenso auch die Desensibilisierung kann bedingt sein: 1. durch von außen an die Haut herantretende Reizwirkung gegen wiederum von außen an sie herantretende; 2. von innen gegen von innen; 3. von innen gegen von außen; 4. von außen gegen von innen." Für die Praxis hat die Frage der Sensibilisierung bei den Ekzemen eine ganz bedeutende Wichtigkeit, da von der richtigen Erkenntnis der Art und Form der einwirkenden Schädlichkeit das therapeutische Handeln abhängt.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Steinkohlenteer gegen das kindliche Ekzem, von E. Feer-Zürich. (Klin. W., 1923, Nr. 39, S. 1818.) Verf. hat bei kindlichen Ekzemen mit gutem Erfolg reinen Steinkohlenteer angewendet, der infolge seiner jucklindernden und entzündungswidrigen Wirkung als sehr angenehm von den Kindern empfunden wird. Bei nässenden Ekzemen behandelt Verf. zuerst bis zur Reinigung mit feuchten Umschlägen und läßt erst dann die Teerpinselungen folgen. Die mit Teer gepinselten Stellen werden nach dem Eintrocknen des Teers dick mit Zinktalkpuder bestreut. Eine Nachbehandlung erübrigt sich meist, sonst nimmt man am besten etwas Puder oder eine Zinktrockenpinselung. Eine Reiz- oder sonstige Nebenwirkung sah Verf. niemals. Es empfiehlt sich nicht, allzu große Flächen auf einmal zu behandeln. E. Langer-Berlin.

Sklerom, Orientbeule usw.

Beitrag zur chronischen Rotzkrankheit des Menschen, von H. Schwarz, Schles. Landeskrkh. Troppau. (M. Kl., 1923, Nr. 40, S. 1328—1329.) Der Fall verlief unter dem Bilde allgemeiner Rotzpyämie zum Tode. Ein weiterer bekannt gewordener Fall scheint geheilt zu sein. E. Levin-Berlin.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Über einen Fall von Pellagra, von K. Grunenberg, II. Med. Univ.-Kl. Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 41, S. 1365—1367.) Für die Entstehung des Falles kommen voraufgegangener schwerer Alkoholismus und dauernde starke Hämorrhoidalblutungen in Betracht. Die Maistheorie ist hier nicht anwendbar. Unterernährung spielt wie stets eine Rolle. Den auslösenden Faktor stellte eine schwere Sonnenbestrahlung, unterstützt durch Reflektorwirkung einer großen Wasserfläche dar. E. Levin-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien.

Die Hochfrequenztherapie bei narbigen Strikturen im Körperinnern, von H. Picard-Berlin. (Kl. W., 1923, Nr. 39, S. 1796.) Verf. hat einige Fälle von narbigen Strikturen des Ösophagus, der Harnröhre und des Rektums mit seinem Diathermieverfahren behandelt und damit gute Erfolge erzielt. Der Zweck der Behandlung ist, durch die gleichmäßige und hochgradige Wärme die Narben zu durchbluten und wieder elastisch und weich zu machen. Als Innenelektrode benutzte Verf. bei der Harnröhre Metallbougies bzw. Metallkatheter und beim Rektum Hegar-Dilatatoren. Die beiden indifferenten Elektroden wurden für die Harnröhre an der Symphyse und unter dem Gesäß, für das Rektum auf dem Bauch und Rücken angelegt. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Hofrat Prof. Ernst Finger in Wien wurde zum Präsidenten des österreichischen Obersten Sanitätsrates gewählt.

Prof. F. Zinsser in Köln ist zum Dekan der medizinischen Fakultät gewählt worden.

Priv.-Doz. Dr. Max Jessner in Breslau hat einen Lehrauftrag aus Dermatologie für Studierende der Zahnheilkunde erhalten.

Habilitiert: Dr. Philipp Keller, Assistent der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B.

Gestorben: Dr. Joaquin Nin Posadas, Urolog in Buenos Aires. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Dezember 1923 | Nr. 51/52 | Band 77

Aus der dermatol. Abt. des Städt. Krankenhauses Nürnberg (Vorstand: Prof. E. Nathan).

Lichen-verrucosus-artiges Salvarsanexanthem.

Von

Dr. Hermann Albert, erster Assistent der Abteilung.

Bei der Häufigkeit der in letzter Zeit in der Literatur erwähnten, von Buschke und Freymann, Schaefer, Kleeberg, E. Hoffmann, Keller, Frei und Tachau, Wirz, Marenbach, Buschke und Sklarz, Riecke u. a. beschriebenen Fälle von Lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexanthemen[1]) dürfte der folgende Fall von Interesse sein, zumal er die Kasuistik nicht nur um einen weiteren Fall bereichert, sondern vor allem Veränderungen aufweist, wie sie in dieser Intensität bisher anscheinend noch nicht beschrieben worden sind.

Krankengeschichte:

Pat. M. L., 27 Jahre alt, Servierfräulein; Familienanamnese o. B. Als Kind an Schafblattern erkrankt, sonst nie ernstlich krank gewesen. Hat angeblich auch niemals einen Hautausschlag an sich beobachtet. Menses ziemlich regelmäßig. Zwei normale Geburten, beide Kinder leben. Keine Aborte.

Syphilitische und gonorrhoische Infektion September 1922. Patientin wurde damals an der Erlanger Hautklinik behandelt. Es bestand eine Sklerose mit positivem Spirochätenbefund an der Portio und positive WR. Vom 7. X. bis 19. XI. 1922 3,9 Neosalvarsan kombiniert mit Bismogenol (11 Injektionen) und einmalige Injektion von 0,5 Kalomel. WR am Schlusse der Kur negativ. Aus der damaligen Krankengeschichte, die mir in liebenswürdiger Weise von Prof. Hauck zur Einsicht überlassen wurde, ergaben sich keinerlei Anhaltspunkte für irgend welche Nebenerscheinungen während der erwähnten Kur.

Am 8. II. 1923 wurde Pat. auf die dermatologische Abteilung des Städt. Krankenhauses Nürnberg polizeilich wegen Gonorrhoe eingewiesen. Sie gab außerdem an, seit mindestens 2—3 Wochen an Brust, Bauch und Rücken einen juckenden Ausschlag zu bemerken, ferner auch ein Trockenwerden ihrer Mundschleimhaut.

Aufnahmebefund vom 10. II. 1923.

Mittelgroße, kräftiggebaute Pat. in gutem Ernährungszustande, innere Organe und Nervensystem o. B.

Hautbefund: Über den ganzen Stamm verbreitet, vor allem im Nacken, hier bis über die Haargrenze hinaufreichend, an den seitlichen Halspartien, von da herabziehend

[1]) Lit. siehe bei Buschke und Sklarz, Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 24 u. 25, und Riecke, Derm. Zschr., 1923, Bd. 39, H. 1/2.

Digitized by Google

auf die seitlichen Brustpartien bis fast zu den Mammillen, zwischen den Brüsten, auf der Oberbauchgegend, besonders rechts, auf der linken seitlichen Unterbauchgegend, in der Inguinal- und Genitokruralgegend übergehend bis auf die großen Labien, ferner am Rücken, von der Schulterblattgräte abwärts über das Kreuzbein hinaus und seitlich davon sich ausdehnend, finden sich zahlreiche papulöse Effloreszenzen von Erbsen- bis Bohnengröße, die teils einzeln, teils in Gruppen zusammenstehen. Die einzelnen Herde, die keine klinisch entzündlichen Erscheinungen erkennen lassen, sind von bräunlicher Farbe, ragen deutlich über das Niveau der umgebenden Haut hervor, fühlen sich derb an und zeigen z. T. eine zerklüftete, hornige, sich rauh anfühlende Oberfläche oder vorspringende spitze Hornkegel, z. T. ist ihre Oberfläche glatt und mäßig hyperkeratotisch. An diesen noch nicht stark hyperkeratotischen Efflorszenzen erkennt man an mehreren Stellen, daß sie durch dichte Aneinanderlagerung und Konfluenz kleinster, stecknadelkopfgroßer, runder, derber, braunroter Knötchen entstanden sind. Zwischen den einzelnen Herden findet sich hauptsächlich am Rücken, der Brust und dem Bauch stellenweise eine flächenförmig ausgedehnte Hyperkeratose der Follikel, mit Bildung feiner Hornstacheln, so daß sich die Haut an diesen Partien reibeisenförmig anfühlt. Die Extremitäten sind bis auf die Ellenbeugen, wo die genannten Hautveränderungen nur in geringem Grad angedeutet sind, und bis auf die der Genitokrural- und Inguinalgegend beiderseits benachbarten Teile der Oberschenkel frei von Hautveränderungen; ebenso ist die Haut des Gesichts frei.

In der Mundhöhle fand sich dicht hinter den Mundwinkeln eine leukoplakieähnliche Veränderung der Schleimhaut, bestehend in grau-weißlicher Verfärbung und unregelmäßiger netzförmiger Felderung. Auch der harte Gaumen und die Zunge waren stellenweise davon befallen. Beim Darüberstreichen mit der Fingerkuppe fühlte sich die Schleimhaut ziemlich derb an.

Es wurde eine zweite antiluetische Kur eingeleitet und die Hautveränderung dabei genau beobachtet. Pat. bekam in der Zeit vom 10. II. bis 10. III. 1923 4 05 Neosalvarsan + Cyarsal in Mischspritze. WR zu Beginn und am Ende der Kur negativ. Während der Kur und besonders gegen Ende derselben nahm der Juckreiz immer mehr zu, die sämtlichen Effloreszenzen, die sich an Zahl kaum vermehrten, traten stärker hervor und nahmen einen dunkleren Farbenton an. Ihre Oberfläche wurde noch rauher und zerklüfteter und bekam eine ausgesprochene verruköse Beschaffenheit, so daß das Krankheitsbild mit dem stärkeren Hervortreten der Effloreszenzen dem Bilde eines Lichen verrucosus entsprach. Gleichzeitig nahmen auch die Erscheinungen der Mundschleimhaut an Intensität zu.

Nach Beendigung der Kur und der Gonorrhoebehandlung (18. IV.) mußte Pat. zur Verbüßung einer mehrwöchigen Strafe entlassen werden, so daß eine weitere Beobachtung zunächst leider unmöglich wurde. 6 Wochen später (30. V.) wurde sie vom Gefängnisarzt wieder auf die Abteilung eingewiesen.

Der Befund ergab nunmehr folgendes: Die Anordnung und Zahl der Effloreszenzen entspricht im wesentlichen ungefähr dem früheren Befunde, doch hat sich ihre Farbe und Oberflächenbeschaffenheit in der Zwischenzeit ziemlich stark verändert. Die verrukösen Herde haben sich vor allem an Hals, Brust, Bauch und Rücken besonders intensiv weiterentwickelt, ihr Farbenton ist noch dunkler, fast schwarzbraun, ihre Oberfläche noch rauher geworden, so daß das Bild jetzt dem eines stark gewucherten Lichen verrucosus weitgehend entspricht. Die Follikelzeichnung zwischen den einzelnen Krankheitsherden, die bereits vorher deutlich ausgesprochen gewesen war,

Digitized by Google

ist noch deutlicher geworden und stellt sich jetzt auf weiteren Strecken der Brust, des Bauches und des Rückens als markante follikuläre Hyperkeratose dar. Die Haut der besonders befallenen Gebiete zeigt außerdem ziemlich starke Kratzeffekte, die mit den von der Pat. als besonders juckend angegebenen Partien zusammenfallen. Ferner haben sich die Erscheinungen in der Mundhöhle verschlimmert; die Verfärbung der Schleimhaut und ihre zuvor schon erwähnte derbe Beschaffenheit sind intensiver, die Unterlippe sehr trocken und infolgedessen sprüngig geworden.

Es wurde eine (3.) Kur mit intravenösen Injektionen von Wismulen, einem löslichen Wismutpräparat, begonnen, um durch weitere Verabreichung von Salvarsan den Zustand der Haut nicht noch mehr zu verschlimmern. Nach 3 Injektionen trat bei der Pat. ein Ikterus auf, wegen dessen sie auf die interne Abteilung verlegt wurde. Ungefähr 14 Tage später erfolgte Exitus letalis an akuter gelber Leberatrophie, die durch die Sektion (Prosektor Dr. THOREL) bestätigt wurde (12. VII. 23). Während der kurzen Wismutbehandlung hatte sich der Hautzustand in keiner Weise verändert, auch das Jucken war unbeeinflußt geblieben.

Histologische Untersuchung. Die Probeexzision (2. VI. 23) eines etwa bohnengroßen Herdes auf der Brust ergab folgenden Befund:

Stratum corneum verdickt, z. T. gelockert und aufgeblättert, kernlos und stellenweise sich in die Follikel einsenkend; keine Parakeratose. Die Keratohyalinschicht stark verbreitert, ebenso das Rete Malpighi. Retezapfen z. T. verlängert und verbreitert. Basalzellenschicht nicht regelmäßig, sondern unregelmäßig und ungleichmäßig konfiguriert. Färbbarkeit der Kerne innerhalb des Rete Malp. deutlich herabgesetzt oder verschwunden. An vielen Stellen nur noch Kernhöhlen nachweisbar. Streckenweise geringes inter- und intrazelluläres Ödem der Epidermis, an diesen Stellen Schwellung, z. T. Vakuolisierung der Epithelzellen. Der gesamte Papillarkörper und die subpapilläre Schicht ist von einem dichten, kleinzelligen Infiltrat eingenommen, das im wesentlichen aus Lymphozyten besteht. Die kleinzellige Infiltration reicht nach oben bis dicht an die Basalzellenschicht heran und greift an einzelnen Stellen mit wenigen Zellen in diese über, nach unten ist sie ziemlich scharf gegen die Kutis abgesetzt. Vom Infiltrat ausgehend folgen einige Infiltratstreifen den nur mäßig erweiterten Gefäßen. Das Infiltrat folgt außerdem den Follikelausbuchtungen und ist auch um die Follikel herum deutlich ausgeprägt. Elastisches Gewebe normal. — Eine Probeexzision der Mundschleimhaut wurde verweigert.

Zusammenfassend handelt es sich im vorliegenden Falle um eine 27jähr. Patientin, die etwa 6—7 Wochen nach einer ersten, wegen einer primären seropositiven Syphilis vorgenommenen Kur (Neosalvarsan kombiniert mit Bismogenol) einen Ausschlag am Hals, Brust, Bauch und Rücken bekam. Bei der Aufnahme fanden sich an den genannten Partien zahlreiche, einzeln und gruppiert stehende, papulöse Effloreszenzen von Erbsen- bis Bohnengröße von teils rundlicher, teils unregelmäßiger Gestalt, die bräunlich verfärbt waren, deutlich über das Niveau der Haut hervorragten, verruköse Beschaffenheit besaßen und sich an ihrer Oberfläche infolge der bestehenden Hyperkeratose rauh anfühlten. Stellenweise ließ sich noch die Entstehung der Effloreszenzen durch Konfluenz kleinster, stecknadelkopfgroßer Knötchen, die zum Teil ein Hornkegel-

Digitized by Google

chen trugen, erkennen. Zwischen den einzelnen Krankheitsherden zeigte die Haut stellenweise eine deutliche follikuläre Hyperkeratose, die ihr eine reibeisenähnliche Beschaffenheit verlieh. Auch die Mundhöhle war an dem Prozeß beteiligt und zeigte eine grau-weißliche Verfärbung, unregelmäßige Felderung und Derbheit ihrer Schleimhaut. Während einer zweiten Neosalvarsan-Cyarsalkur traten die ganzen Erscheinungen immer stärker hervor. 6 Wochen nach Beendigung dieser Kur, als Pat. wieder auf der Abteilung erschien, hatte sich der Zustand der Haut wesentlich verschlimmert. Die Effloreszenzen waren noch stärker aus dem Niveau der umgebenden Haut hervorgetreten, hatten eine fast schwarzbraune Färbung angenommen und zeigten an ihrer Oberfläche eine außerordentlich starke Hyperkeratose und warzige Beschaffenheit. Ebenso hatten sich die Erscheinungen der Mundschleimhaut verschlimmert. Eine dritte Kur, diesmal mit Wismulen, verursachte nach einigen Injektionen einen Ikterus, der nach etwa 14 Tagen zum Exitus letalis an akuter gelber Leberatrophie führte.

Hinsichtlich der Auffassung des mitgeteilten Falles gibt es, wie schon in der Literatur vielfach erwähnt, drei Möglichkeiten der Entstehung, die in jedem Fall zu berücksichtigen sind. Entweder kann es sich um einen echten, allerdings etwas atypischen Lichen ruber in zufälliger Kombination mit Syphilis oder um einen durch Salvarsan provozierten latenten Lichen ruber oder endlich um ein Lichen-ruber-ähnliches Salvarsanexanthem handeln.

Die Möglichkeit einer Koinzidenz von Lichen ruber und Syphilis ist, abgesehen von älteren hierhergehörigen Beobachtungen, aus den Fällen von Keller, Wirz, E. Hoffmann, Sainz de Aja u. a. bekannt. Ferner besteht die Möglichkeit einer Provokation eines Lichen ruber durch Salvarsan, zumal Salvarsan bei Lichen ruber zu Beginn der Kur eine Reaktion analog der Herxheimerschen Reaktion auslösen kann (vgl. u. a. Schwalbe, Polland, Spitzer, Riecke). Auch der von Sainz de Aja beschriebene Fall kann hier angeführt werden, wo ein bereits vor einer Salvarsankur bestandener Lichen planus durch Zufuhr von Neosalvarsan verschlimmert wurde.

Was nun die dritte Möglichkeit, d. h. das Vorliegen eines Lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexanthems betrifft, so dürfte der beschriebene Fall wohl in dieser Gruppe einzureihen sein. Dafür spricht zunächst der Beginn des Exanthems nach der ersten Kur. Denn abgesehen davon, daß die Patientin früher keinerlei Erscheinungen von Lichen ruber gezeigt hatte, wurden weder vor noch während der ersten Kur noch unmittelbar danach irgend welche Exanthem- oder sonstige Krank-

Digitized by Google

heitserscheinungen beobachtet, sondern das Exanthem trat einige Wochen nach Abschluß der ersten Kur analog den bekannten Spätexanthemen auf. Ferner spricht für die Salvarsanätiologie des Exanthems die immer mehr zunehmende, deutlich erkennbare Verschlimmerung der Hauterscheinungen bei und nach der zweiten Salvarsankur. Es fehlten weiterhin während der ganzen Entwicklung und Ausbildung der Hauterscheinungen neben den verrukösen Herden irgend welche für Lichen ruber planus charakteristische Primäreffloreszenzen, die allerdings nicht immer vorhanden zu sein brauchen. Dagegen war schon von Anfang an als ein für eine Salvarsandermatose charakteristisches Symptom eine während der weiteren Behandlung immer stärker werdende follikuläre Hyperkeratose und zunehmende Pigmentierung der Effloreszenzen vorhanden, und nach RIECKE sind ja besonders „alle jene Formen mit spinulöser Verhornung bei follikulärer Anbildung für Salvarsanexanthem sehr gravierend". Was weiterhin die Lokalisation des Exanthems betrifft, so entsprach sie nicht den Prädilektionsstellen eines echten Lichen ruber, die ja gerade in dem mitgeteilten Falle vom Exanthem freigeblieben waren. Auch die Erscheinungen der Mund- und Wangenschleimhaut lassen die für echten Lichen ruber typische Beschaffenheit vermissen und entsprechen gewöhnlichen Leukoplakien, wie sie auch bei nicht lichenartigen Salvarsanexanthemen gelegentlich vorkommen. Endlich spricht auch die im weiteren Verlauf eingetretene Leberschädigung mit ihrem konsekutiven letalen Ausgang an akuter gelber Leberatrophie für eine Salvarsannebenwirkung, mit der auch das Exanthem in Zusammenhang zu bringen ist. Der histologische Befund zeigt manche Übereinstimmung mit dem Bild eines echten Lichen verrucosus, kann aber nicht als eindeutig aufgefaßt werden.

Im Vergleich mit den in der Literatur angeführten Fällen erweist sich der beschriebene Fall den Fällen ähnlich, die ohne vorangehende Dermatitis bald nach ihrem Auftreten oder sofort den lichenoiden Charakter der Effloreszenzen zeigten, während die übrigen Fälle zunächst mit einem endzündlichen Stadium bzw. einer Dermatitis begannen, mit deren Rückgang erst sich der Lichen-ruber-artige Charakter des Exanthems herausbildete.

Man muß daher bei der ganzen Gruppe der lichenoiden Salvarsanexantheme pathogenetisch und klinisch zwischen primären und sekundären lichenoiden Exanthemen unterscheiden, je nachdem, ob das lichenoide Exanthem primär ohne vorangehende Dermatitis und ohne begleitende entzündliche Erscheinungen anderer Art entsteht, wie es z. B. der dritte Fall von BUSCHKE und FREYMANN, ferner die Fälle von FREY und TACHAU, NÄGELI, RIECKE u. a., sowie der mit-

Digitized by Google

geteilte Fall zeigen, oder ob es sich sekundär aus einer vorangehenden Dermatitis bzw. aus vorangehenden entzündlichen Erscheinungen entwickelt, wie z. B. die ersten beiden Fälle von Buschke und Freymann, Keller, Marenbach, Wirz.

Diese zweite Gruppe der sekundären lichenoiden Salvarsanexantheme wäre damit in Parallele zu stellen zu einer Reihe allgemeinerer Beobachtungen, auf die Herxheimer schon früher hingewiesen und die er unter dem Begriff der Metamorphose primärer Hauteffloreszenzen zusammengefaßt hat. Herxheimer beobachtete nämlich, daß bei einer Reihe verschiedenartiger Dermatosen, z. B. bei pustulösen Syphiliden, Dermatitis herpetiformis Duhring, Herpes progenitalis, Varizellen, Ekzemen, Strophulus infantum, Miliaria crystallina usw., also Dermatosen mit Bläschen oder Pusteln als Primäreffloreszenzen, in vielen Fällen sich diese Primäreffloreszenzen zu lichenoiden Papeln umwandelten und bezeichnete diese sekundäre lichenoide Umwandlung als Metamorphose primärer Hauteffloreszenzen. Bettmann hat diese Beobachtungen Herxheimers vielfach bestätigen und sie unter anderem für saubere Fälle von Skabies, Hebrascher Prurigo, Herpes zoster, oberflächliche Dermatitiden erweitern können. Dabei wies Bettmann bereits auf die grundsätzliche Bedeutung hin, die dieser Neigung der Haut zu lichenoider Reaktion für diese Umwandlung primärer Effloreszenzen zukommt und betonte vor allem die Eigenart und individuelle Disposition der Haut oder gewisser Hautbezirke, die diesen „Umbau" bedingt und die nicht bei allen Menschen vorhanden ist. Bettmann hat dann diese Vorstellung der Organdisposition der Haut, wie sie sich im Umbau uncharakteristischer und banaler Eruptionen zu spezifischen Hauteffloreszenzen kraft einer angeborenen Eigentümlichkeit der Haut manifestiert, am Beispiel des Lichen ruber, der Psoriasis und der Darierschen Dermatose weiter ausgeführt.

Die Analogie dieser Vorgänge mit der Entstehung der sekundären lichenoiden Salvarsanexantheme aus vorangehenden dermatitischen Prozessen erscheint evident, und tatsächlich haben ja auch Jadassohn und Buschke und Sklarz ähnliche Vorstellungen für die Entstehungsweise der gesamten Gruppe der lichenoiden Salvarsanexantheme entwickelt. Hier bilden die von Herxheimer als lichenoide Metamorphose primärer Hauteffloreszenzen, von Bettmann als Umbau der Haut geschilderten Vorgänge, die die Bedeutung der individuellen Eigen- und Reaktionsart der Haut für die Entstehung lichenoider und hyper- oder parakeratotischer Effloreszenzen erkennen lassen, eine Brücke zwischen der klinisch und pathogenetisch an sich zu trennenden Gruppe der primären und sekundären lichenoiden Salvarsanexantheme.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Hospitals in Budapest (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. Josef Guszman).

Die Behandlung der Syphilis mit Jodchininbismut.

Von

Dr. Josef Guszman und Dr. Eugen Rubin.

Wir haben bereits vor fast einem Jahre einen Bericht über die Erfolge der Bismuttherapie erstattet[1]). Damals erwies es sich für notwendig, daß wir die mit bedeutendem Erfolge angewandten französischen Heilversuche zum Zwecke eigener Erfahrung wiederholten. Unsere Aufgabe bestand hauptsächlich darin, uns selbst davon zu überzeugen, ob das Bismut tatsächlich eine so gewaltige Heilwirkung auf die Syphilis ausübe, wie dies zuerst von Levaditi und Sazerac experimentell, von Fournier und Guénot aber an syphilitisch Erkrankten festgestellt wurde. Und wahrlich, das Bismut hat sich im allgemeinen als ein so außerordentlich wirksames Antiluetikum bewährt, daß seine symptomatische Heilwirkung heute kaum mehr zu bezweifeln ist. Die in unserer Spitalsabteilung erzielten Heilerfolge stimmten zum größten Teil mit den andernorts gemachten Erfahrungen überein und können darin zusammengefaßt werden, daß unter Einfluß der meisten Bismutpräparate die luetischen Erscheinungen rasch und glatt heilen, nachdem die Spirochäten schon gleich nach der 2.—3. Injektion verschwanden. Es spricht zugunsten des Bismuts, daß die Injektionen in der Regel mit keinerlei ernsteren Neben- oder Intoxikationserscheinungen verbunden sind. Damals gingen im allgemeinen die Meinungen über das Verhalten der WR gegenüber der Bismuttherapie noch ziemlich auseinander. Während ein Teil der Forscher am Ende der Kur bei der Mehrzahl der Fälle über eine Seronegativität berichten konnte, hob der andere Teil, in erster Reihe die ersten französischen Autoren, den häufigen positiven Ausfall der WR am Ende der ersten Kur hervor. Die allgemeine Erfahrung mit Bismut gestaltete sich allmählich dahin, daß die Wirkung des neuen Antiluetikums den Spirochäten und den äußeren luetischen Erscheinungen gegenüber der energischen Wirkung des Salvarsans nahekommt und in dieser Hinsicht das Quecksilber bedeutend übertrifft.

Bereits im vorigen Jahre, als einer von uns[2]) im Laufe unserer Heilversuche die Literatur der Bismutbehandlung durchsah, fiel es auf, daß einige Autoren besonders günstige Erfahrungen mit Jodbismut-

[1]) J. Guszman und M. Pogány: Derm. W., 1923, Nr. 6. — [2]) l. c.

Digitized by Google

chininat machten, das in Paris auch unter dem Namen „Quinby“ in Verkehr gebracht wurde. Es konnte bereits voraus angenommen werden, daß die günstigen Eigenschaften des Bismuts sich vermutlich nur steigern, wenn es mit Jod und Chinin gemeinsam verwendet werden kann.

Es sei hier hervorgehoben, daß bereits L. Fournier und L. Guénot das Jodbismutchininat zu den energisch wirkenden Bismutpräparaten zählen, Hudelo und Rabut aber dasselbe für das am wenigsten schmerzhafte Bismutpräparat halten. Letztere zwei Autoren heben hervor, daß sie bei Anwendung dieses Präparats häufig auch das Verschwinden der tabischen Krisen beobachteten. Auch betonen sie, daß das „Quinby“ trotz seiner hervorragenden Wirkung mit keinen Nebenerscheinungen verbunden ist. Bemerkenswerte Erfolge beobachteten auch Lortat-Jacob und Roberti in Fällen von Nervensyphilis. Ihren Angaben nach werden die pathologischen Eigenschaften des Liquors im Laufe der Behandlung normal. Auch Jeanselme erwartet in Fällen von Nervensyphilis viel von Bismut, vor allem von dem ohne Nebenerscheinungen wirkenden Quinby.

Lortat-Jacob und Roberti sowie Tzanck wendeten auch bei spezifischer Albuminurie mit gutem Erfolg das Quinby an, und Tzanck weist die von einigen Autoren geäußerte Meinung, wonach als Folge einer Bismutbehandlung häufig Albuminurie auftreten würde, zurück. Diese Erfahrung Tzancks wird übrigens auch durch die in unserer Abteilung vorgenommenen Versuche unterstützt. Wegen der Schmerzhaftigkeit des Trépols überging auch Cebrian Pons zum Jodchininbismut und betont die absolute Schmerzlosigkeit dieser Behandlung. Das Mittel soll seines Erachtens übrigens mit einer raschen Resorption und mit einer langsamen Elimination verbunden sein (nach Ablauf von 28 Tagen ist das Bismut im Urin noch in Spuren nachweisbar). Auch er empfiehlt es in erster Reihe gegen Nervensyphilis.

Laubry und Bordet wendeten Quinby in 20 Fällen von spezifischer Aortitis an, nach ihrer Meinung mit bestem symptomatischem Erfolg. Sie halten es für unzweifelhaft, daß das Bismut der in Entwicklung befindlichen luetischen Aortitis Einhalt zu tun vermag. In neuerer Zeit hat Citron mit einem dem Quinby entsprechenden deutschen Präparat, dem Spirobismol, Versuche unternommen und konnte über besonders gute Erfolge berichten. Wir nahmen es daher mit großem Interesse entgegen, als die Fabrik G. Richter unter dem Namen „Bismosalvan“ ein dem Quinby ähnliches Jodbismutchininpräparat herstellte, da wir auf Grund der literarischen Angaben schon voraus große Vorzüge von diesem Präparat erwarten durften.

Das dem Quinby entsprechende Bismosalvan ist ein Additionsprodukt des Bismutjodids als Verbindung und des Chinins. Die chemische Formel

Digitized by Google

ist: $CH_3O \cdot C_9H_5O \cdot C_{10}H_{15}N(OH) \cdot BiJ_3$. Das Präparat, dessen Bismutgehalt etwas größer ist als der der Bismutweinsteinsäure (Bismoluol) enthält die Komponenten in folgender Quote: 22,8% Bismut, 41,7% Jod, 35,5% Chinin. Das Jodchininbismut (Bismosalvan) ist eine hellrote, 10%ige ölige Suspension, die in 2-ccm-Phiolen in Verkehr gebracht wird.

Bevor wir unsere Heilversuche mit dem neuen Mittel begonnen hätten, hielten wir es für notwendig, dasselbe auch auf seine Toxizität zu untersuchen. Aus diesem Grunde stellten wir an Kaninchen Versuche an, welche wir in der Weise durchführten, daß wir von dem Präparat (in Kilogrammgewicht umgerechnet) das 20—30fache seiner maximalen Gebrauchsdosis in die Glutealmuskeln der Tiere einspritzten. Nach Ablauf dieser Experimente blieben die Tiere gesund am Leben. Unsere späteren anatomischen Untersuchungen stellten fest, daß an den Injektionsstellen keine nennenswerten Entzündungserscheinungen vorhanden waren.

Auch bei den gegenwärtigen Versuchen bedienten wir uns der Versuchsanordnung, die wir prinzipiell bei der Prüfung eines jeden neuen antiluetischen Mittels anwenden. Diese bestand darin, daß wir (mit Ausnahme von zwei Fällen) die Injektionen durchweg bisher überhaupt nicht behandelten, floriden, sekundärsyphilitischen Kranken (die Kranken waren ausnahmslos junge Mädchen, bzw. Frauen) gaben. Unsere Beobachtungen konnten daher an einem völlig einheitlichen Krankenmaterial gemacht werden. Die meisten erhielten 14 Injektionen intragluteal alle 3—4 Tage in einer Quantität von 1—1 Phiole (2 cm^3). Die Injektionstechnik ist dieselbe, die wir bei Einspritzung von unlösbaren Quecksilberpräparaten anzuwenden haben. Die WR aller unserer Kranken war bei Beginn der Behandlung ++++. Die serologische Kontrolle wurde im Laufe der Behandlung 1—2wöchentlich vorgenommen, während die Rückbildung der klinischen Erscheinungen 2—3täglich untersucht wurde. Die Zahl der behandelten Fälle betrug bisher 32.

Im Laufe unserer mittels Jodchininbismut angestellten Heilversuche suchten wir auf folgende Fragen Antwort zu erhalten: 1. wie ist seine Wirkung auf die Spirochäten, 2. die Wirkung auf floride, bisher unbehandelte Erscheinungen, 3. die Wirkung auf die WR und schließlich 4. ob infolge der Bismutbehandlung Nebenwirkungen und Erscheinungen auftreten?

1. Wir haben das Verhalten der Spirochäten dem Jodchininbismut (Bismosalvan) gegenüber in 11 Fällen untersucht. Unser Untersuchungsmaterial bildeten diesbezüglich ausnahmslos an Spirochäten reiche, nässende, wuchernde genitale Papeln. Nachdem wir in sämtlichen beobachteten Fällen vor der Injektion den positiven Spirochätenbefund feststellten, untersuchten wir, wann diese von der Oberfläche der Papeln verschwinden.

Digitized by Google

Nach unseren Untersuchungen blieb der Spirochätenbefund in sämtlichen 11 Fällen nach der ersten Injektion positiv, nach der zweiten Injektion sind die Spirochäten in 5, nach der dritten Injektion auch in den übrigen 6 Fällen verschwunden. In allen 11 beobachteten Fällen waren daher bereits nach der dritten Injektion keine Spirochäten mehr an der Oberfläche der Papeln nachzuweisen.

2. Die sekundären Erscheinungen waren ohne Ausnahme ausgewählt höchst prägnante und schwere. Die Erscheinungen bestanden durchschnittlich aus einem makulopapulösen Exanthem, einer allgemeinen Adenitis und hauptsächlich aus sehr vernachlässigten, außerordentlich entwickelten breiten Kondylomen. Bei allen diesen Erscheinungen trat ausnahmslos auffällig rasch die Wirkung der Bismutbehandlung zum Vorschein. Dies bezieht sich besonders auf die Condylomata lata, was wir übrigens auch im Laufe der Bismutweinsteinsäurebehandlung beobachteten. Diese beginnen, wie sehr sie auch ausgedehnt sein mögen, bereits nach der ersten, spätestens nach der zweiten Injektion zu trocknen und abzuflachen. Nach 3—4 Injektionen beträgt die kondylomatöse Infiltration in der Regel kaum noch die Hälfte. Nach der 6.—8. Injektion sind die Kondylomata sehr häufig bereits verschwunden, höchstens eine Pigmentation und eine kleine Infiltration weist noch auf die frühere Veränderung hin. Etwas langsamer erscheint die Rückbildung der makalopapulösen Exantheme zu erfolgen. Hier müssen wir auch hervorheben, daß außer einer gewöhnlichen Reinigung an den äußeren Genitalien keine örtliche Behandlung angewendet wurde.

Eine deutliche Jarisch-Herxheimersche Reaktion konnten wir nur in ganz geringer Zahl beobachten. Auffallend war die rasche Verkleinerung der bohnen- bis haselnußgroßen, harten Leistendrüsen. Hier konnten wir also dieselben Beobachtungen machen wie in den mittels Bismutweinsteinsäure behandelten Fällen. In unseren sämtlichen Fällen sind die Exantheme und genitalen Papeln, bzw. die Kondylomata spätestens nach 10—12 Injektionen völlig verschwunden.

3. Betreffs der WR waren die Resultate bei den mit Jodchininbismut behandelten Kranken im allgemeinen höchst günstig. Wie wir bereits erwähnt haben, war die WR bei Beginn der Behandlung sämtlicher Kranken ++++. Nun konnten wir bei 26 % unserer Kranken bereits im Verlaufe der Behandlung eine negative Reaktion feststellen, die sich auch am Ende der Kur stabil verhielt. Unmittelbar nach Beendigung der Kur (nach der 14. Injektion) wiesen 77 % unserer Fälle eine negative WR auf[1]). Unsere jetzigen Ergebnisse sind also in dieser Hinsicht

[1]) Einige unserer Kranken haben sich seither symptomenfrei und mit negativer WR bereits zur zweiten Kur gemeldet.

Digitized by Google

unvergleichlich besser als diejenigen, die wir bei der Behandlung mittels Bismutweinsteinsäure erzielten, was unseres Erachtens jedenfalls zugunsten der Chinin- bzw. Jodkomponenten spricht und in kleinerem Maße vielleicht auch dem Umstande zuzuschreiben ist, daß dieses Präparat etwas mehr Bismut enthält.

4. In bezug auf Nebenwirkungen und Erscheinungen können wir eigentlich nur Negatives berichten. Die regelmäßigen Urinkontrollen wiesen in keinem einzigen Falle Albuminurie auf, also nicht einmal übergangsweise. Fieberhafte Erscheinungen und andere Störungen im Befinden kamen bei keinem unserer Fälle vor.

Es ist von großer Wichtigkeit, daß der höchst charakteristische und daher eine durchgemachte Behandlung verratende Bismutsaum am Zahnfleisch am Ende der Kur kein einziges Mal zu beobachten war, was bereits an sich allein dazu geeignet ist, daß wir das Präparat über die übrigen Bismutpräparate stellen. Ebenso haben wir in keinem einzigen Falle Stomatitis beobachtet, was infolge einer Behandlung mit Bismutweinsteinsäure zuweilen vorkommt. Eine der besten Eigenschaften dieses Präparates besteht darin, daß die Injektionen im strengsten Sinne des Wortes schmerzlos sind.

In bezug auf Schmerzhaftigkeit sowie auf die an den Injektionsstellen auftretende Infiltration wurden unsere Kranken 2—3tägig untersucht, bei welcher Gelegenheit wir sie direkt aufforderten, daß sie uns die Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle mitteilen. Mit der Schmerzlosigkeit stimmt auch die Erfahrung überein, wonach sich Infiltrationen nur ganz ausnahmsweise und auch dann bloß in geringem Grade bilden. Es ist bekannt, daß die Bismutpräparate im allgemeinen zwar nicht viel Schmerz verursachen, jedenfalls gewöhnlich weniger als z. B. die unlöslichen Quecksilberinjektionen, dennoch können die Infiltrationen, hauptsächlich nach Trépol, bedeutend werden. Demgegenüber besteht die große Leichtigkeit der Behandlung mittels Jodchininbismut auch darin, daß die etwaigen sehr geringen Infiltrationen die Kranken kaum stören.

Als Endresultat können wir unsere Erfahrungen, die wir mit Jodchininbismut (Bismosalvan) machten, im folgenden zusammenfassen: 1. Die Wirkung des Jodchininbismuts auf Spirochäten ist fast identisch mit derjenigen, welche wir bei Anwendung von Weinsteinsäurebismut beobachtet haben, insofern jene spätestens nach der 3. Injektion verschwanden. Diese Wirkung scheint nur etwas schwächer zu sein, als die wir bei der Salvarsanbehandlung erkannt haben. 2. Die Heilwirkung auf sekundäre luetische Erscheinungen ist im allgemeinen dieselbe, die wir bei der Behandlung mit Weinsteinsäurebismut beobachteten. Auch hier fällt die überaus rasche Wirkung auf die genitalen Papeln, Kondylome

Digitized by Google

und Lymphdrüsen auf. 3. Bei frischen sekundären Luesfällen wird die ++++ WR viel sicherer und bei weitem schneller als bei Anwendung anderer Bismutpräparate — häufig schon im Laufe der Kur — negativ. 4. Bismutsaum, Stomatitis, Albuminurie, örtlicher Schmerz an der Injektionsstelle wurde nie, eine geringe Infiltration aber nur ausnahmsweise beobachtet. 5. Die bei unserer Jodchininbismutbehandlung gewonnenen Erfahrungen bestätigen, daß die Luestherapie durch Bismut neben Salvarsan und Quecksilber mit einem dritten kräftigen Heilmittel bereichert wurde.

Es besteht die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit, daß die gesteigerte Wirkung des Jodchininbismuts in dem mit Bismut zugleich einverleibten und auf die Syphilis auch besonders wirkenden Jod und Chinin seine Erklärung findet, eine Ansicht, der auch Schumacher Ausdruck verliehen hat. Die Art und Weise der Wirkung des Bismuts ist uns heute noch nicht mit Sicherheit bekannt. Es harrt noch der Entscheidung, ob es unmittelbar auf die Spirochäten wirke, wie dies betreffs des Salvarsans im allgemeinen angenommen wird, oder mittelbar, wie dies hinsichtlich des Quecksilbers gemeint wird (wo das Quecksilber als Katalysator wirken soll). Unsererseits glauben wir auch heute, gerade so wie in unserem früheren Berichte, daß die Wirkung des Bismuts eher derjenigen des Quecksilbers gleichkommt als der des Salvarsans.

Literatur.

I. Congr. des dermatolog. et syphiligr. de langue franç. Paris, 6.—8. Juni 1922. Presse méd., 1922, Nr. 54. (Hudelo und Rabut, Lortat-Jacob und Roberti, Tzanck, Jeanselme.) — Cebrian Pons, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 7, S. 226. — Ch. Laubry und Fr. Bordet, Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1922, Bd. 37 (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh.). — Citron, Berliner med. Gesellsch., 1923, 27. Juni. — Schumacher, daselbst.

Aus der therapeutischen Sektion des Krankenhauses Sklifasowsky in Moskau (Leiter: Dr. P. I. Jelistratoff).

Ein Fall aktiver Symptome von sekundärer Syphilis bei ungemein frühem Vorhandensein der Tabes.

Von

Dr. G. O. Sutieeff.

Am 2. April 1922 wurde in die chirurgische Sektion des Krankenhauses „Sklifasowsky" der Kranke Julius L. gebracht. Er klagte über Schwäche in den Füßen und über akute Schmerzen im Magen.

L. ist 37 Jahre alt, ledig, wurde zur normalen Zeit geboren; er wuchs als kräftiges, gesundes Kind auf. Sein Vater starb im Alter von 55 Jahren am Krebs; seine Mutter lebt jetzt noch und ist gesund. Die Ehegatten hatten drei Kinder, die alle noch leben (Julius ausgenommen) und gesund sind. Als Kind erkrankte Julius an den Masern und

Digitized by Google

im Jahre 1919 am Typhus exanthematicus. (Er ist ein Estländer und spricht schlecht russisch). Im Mai 1920, zur Zeit des Russisch-Polnischen Krieges, wurde er in Deutschland interniert und erkrankte dort an Syphilis, angesteckt durch geschlechtlichen Verkehr. Im Hospital wurden zwei Quecksilberinjektionen und einige Neosalvarsaneinläufe gemacht. Beide Injektionen wurden im Laufe von fünf Monaten durchgeführt. Nachher wurde keine Injektion mehr gemacht. Vor vier Monaten kehrte L. nach Rußland zurück. Ein Monat nach der zweiten Injektion wurde er eine stets steigende Schwäche in den Beinen gewahr; dazu kamen noch heftige Schmerzen an der Brustspitze. Ende März 1922 erkältete sich L., er hustete und kam in das Ambulatorium des oben erwähnten Krankenhauses. Die runde Magenwunde bei ihm vermutend, trug man ihn in die chirurgische Sektion. Am 5. IV. 1922, als die wirkliche Ursache der Magenschmerzen entdeckt wurde, brachte man den Kranken in die therapeutische Sektion, wo er bis 24. VI. 1922 blieb. Kur: 4%iges K.J. und Codein mit Terpinhydrat.

Bei L.s Untersuchung in der therapeutischen Sektion wurden keine pathologischen Symptome seitens der inneren Organe gefunden, außer unbedeutender Bronchitis in den beiden Lungen. Urin normal mit Indikan-Spuren. Seitens Nervensystem: Magenkrisen und schießende Schmerzen; Knierefleze völlig ausbleibend, schlaffe Augapfelreaktion. Akkommodations-, Schmerz-, Taktil- und Thermalreaktionen normal. Rombergsches Symptom scharf ausgeprägt; der Kranke kann mit geschlossenen Augen nicht stehen und steigt nur mit großer Mühe die Treppe hinunter. WR +++.

Vom 2. Juni an klagte er über „Hämorrhoiden". Nach Untersuchung wurde Ordinator N. I. Lotoff nässende Ausschläge um den After herum gewahr. Am 24. IV. bot mir der Leiter der Sektion an, den Kranken zu untersuchen. Ich fand nässende Condylomata lata am After bei unbedeutender Schwellung der Weichendrüsen. Andere Symptome der aktiven Syphilis wären nicht vorhanden. Infolge dieser syphilitischer Erscheinungen aktiver Natur wurde L. in das Miasnitzkische Krankenhaus versetzt, wo er in die Sektion des Dr. I. Orloff kam (Krankengeschichte Nr. 3298, Empfangsblatt Nr. 956), welcher die von mir festgestellte Diagnose bestätigte: Tabes dorsalis, Condylomata lata ad anum. Schade, daß L. nicht bleiben wollte, und am 26. VI. das Miasnitzkische Krankenhaus verließ.

Der oben beschriebene Fall ist höchst merkwürdig: 1. Ungemein frühe Symptome — schon $^1/_2$ Jahr nach Ansteckung — der systemlosen expansiven Syphilitosis des Nervensystems. 2. Vorhandensein der aktiven sekundären Syphilis bei ungemein rascher Entwicklung der Tabes.

In letzter Zeit, dank den Zeitereignissen, erscheint des Kranken Nervensystem als Locus minoris resistentiae, welchen die syphilitische Infektion angreift. Oberleiter des Miasnitzkischen Krankenhauses, Dr. A. P. Ustinoff, ist derselben Meinung. Die ungemein große Zahl von syphilitischen Fällen im Miasnitzkischen Krankenhause offenbarte neuliche öftere und schwere Erkrankungen des Nervensystems auf Grund syphilitischer Infektion. Im oben beschriebenen Sonderfalle, als günstiges Moment, das die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems herabsetzte, kann der Typhus exanthematicus betrachtet werden (an dem der Kranke 1919 erkrankte).

In der mir zugänglichen Literatur sind mir ähnliche Fälle nicht begegnet. Einige Analogie in dieser Hinsicht bietet der überaus interessante Fall aktiver Symptome sekundärer Syphilis beim progressiven Paralytiker, geschildert von Prof. G. I. Meschtscherskij (Klin. Med., 1922, Nr. 2).

Zum Schluß danke ich Dr. P. I. Jelistratoff für das Überlassen des Krankheitsfalles.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. März 1923.

Vorsitzender: Balban. Schriftführer: Planner.

Rusch: **Bromoderm.** Die Affektion ist bei einem einjährigen Kinde im Gesicht und an den oberen Extremitäten nach Erlenmeyerscher Mischung aufgetreten.

Rusch: **Netzförmige Livedo.** 35jähr. Frau. Vor 7 Jahren luetische Infektion mit wiederholten Rezidiven und Behandlungen. Gegenwärtig Seroreaktion negativ. Seit 2 Monaten bestehendes, einer Cutis marmorata entsprechendes und in sie übergehendes Pigmentnetz an den Vorder- und Innenflächen beider Unterschenkel. Diesen Pigmentierungen gingen sicher beobachtete und noch bestehende, schuppende knötchenförmige Infiltrate voraus. Diese Affektion gehört offenbar in die Gruppe der netzförmigen Livedo, wie sie in der letzten Zeit vielfach beschrieben wurde und für welche die verschiedensten ätiologischen Ursachen vermutet werden. Hier käme Spirochätenwirkung in Frage; eine antiluetische Kur hat bisher keinen besonderen Einfluß auf das klinische Bild.

Aussprache: Spitzer hat solche der Cutis marmorata ähnliche Bilder auch bei Pellagra an den Oberschenkeln beobachtet. Auch dort, wo die Haut nicht der Sonnenbestrahlung ausgesetzt war, trat jene netzförmige Pigmentzeichnung auf.

Rusch: **Lichen Vidal.** Mann mit systemisiertem Lichen Vidal in der rechten Lendengegend; deutliche Abheilungserscheinungen auf Neosalvarsanbehandlung.

Rusch: **Leucaemia cutis.** Mann, bereits früher in der dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. Obgleich die wiederholten Röntgenbestrahlungen ein vollständiges Abschwellen der Lymphknoten und der Milz zur Folge hatten und die Zahl der weißen Blutkörperchen auf gegenwärtig 15000 im Kubikmillimeter herabgesunken ist, sind jetzt die leukämischen Infiltrate, namentlich im Gesicht, besonders umfangreich. Da akute Röntgenbestrahlung vom Röntgenologen als inopportun bezeichnet wird, wird seit 8 Tagen, und zwar mit promptem Erfolg, eine Benzolbehandlung durchgeführt.

Kerl: **Livedo racemosa.**

Aussprache: Urbach: Der von Kerl demonstrierte sowie die von Spitzer besprochenen Fälle sind nicht als Livedo racemosa (Ehrmann), sondern als Livedo lenticularis (Adamson) oder als Livedo reticularis aufzufassen, da sie die von Ehrmann als für die Livedo racemosa charakteristisch angegebene baumförmige Zeichnung mit Ästen 1., 2. oder 3. Ordnung nicht zeigen, sondern nur mehr oder minder große, stets geschlossene Netze.

Nobl: **Acrodermatitis atrophicans mit makulöser Anetodermie.** Ein 18jähr. Mädchen zeigt an den unteren Extremitäten, an den Handrücken und Vorderarmen das typische Bild einer weit vorgeschrittenen, rarefizierenden Dermatitis mit eigenartiger, sulziger Auflockerung des subkutanen Zellgewebes. In die Flucht des verdünnten transparenten Integuments der Oberschenkel fällt die dichte Einstreuung fingerkuppen- bis pflaumengroßer, unscharf umgrenzter, wie blasig abgehobener Scheiben, die sich hernienförmig in unterschichtende, tiefreichende Lücken einstülpen lassen. Diese, in großer Zahl beiderseits anzutreffenden, hochgradig verdünnten Plaques entsprechen in allen Charakteren der fleckförmigen Anetodermie. Auffällig in der Blutformel ist eine beträchtliche Eosinophilie. Der noch progrediente Zustand wird seit 3 Jahren verfolgt.

Oppenheim: **Atrophia cutis circumscripta in capillitio.** 70jähr. Mann. Die Affektion am Kopfe begann vor 10 Jahren und hat sich seither langsam ausgebreitet,

Digitized by Google

Vom Scheitel bis in die Nähe der Stirnhaargrenze rechts zieht ein daumenbreiter, kahler Streifen, dessen Haut verdünnt, glänzend ist, und bei dem man noch Reste von Follikeln nachweisen kann. Er ist sichtlich vertieft; die Vertiefung ist auch durch Dickenabnahme der Galea und vielleicht auch des Knochens bedingt. Die Ränder, deren Haare festsitzen, sind leicht gerötet. Die Haut über der Unterlage ist verschieblich. Ein zweiter, kronengroßer, runder, analoger Herd findet sich links neben diesem Streifen am Scheitelbein. Differentialdiagnostisch kämen Pseudopelade Brocq und ihr verwandte Affektionen, Sklerodermie und Atrophie in Betracht. Man muß sich für letztere entscheiden, obwohl die Abgrenzung von der Sclerodermia circumscripta nicht leicht ist.

Oppenheim: **Aplasia cutis congenita mit peripherer fleckiger Pigmentierung.** 5jähr. Mädchen zeigt auf der Höhe des Scheitels, ein wenig nach rechts verlagert, eine kronengroße, kreisförmig begrenzte, haarlose Scheibe von weißer Farbe, deren periphere Anteile ephelidenähnlich gesprenkelt sind. Es entspricht dem von Dittrich, Vörner, Riehl usw. beschriebenen Bilde der Aplasia, nur die periphore Pigmentierung scheint seltener vorzukommen.

Oppenheim: **Lichen scrofulosorum in luetico.** 16jähr. Hilfsarbeiter mit hypertrophischen Papeln ad anum, penem und diphtheritischen Papeln im Munde. Am Rücken dicht gesät braune bis fingernagelgroße Flecke, deren Hornschicht sich an den Rändern mehr oder weniger abstößt. Diese Flecke setzen sich aus follikulär gestellten Knoten zusammen. Vor der Verwechslung mit Pityriasis versicolor schützen der follikuläre Aufbau und der negative Pilzbefund. Am Halse Skrofuloderma und Lymphdrüsenschwellungen.

Oppenheim: **Lichen trichophyticus bei disseminierter tiefer Trichophytie der Kopfhaut.** 10jähr. Knabe mit mehreren, zum Teil konfluierenden tiefen Trichophytieherden am Kopf. Am Stamme ein sehr deutliches, hellrotes lichenoides Exanthem, das nach einer Trichophytin-Injektion (1 : 50) sich wesentlich verstärkt hat. In der Umgebung der Lokalreaktionen ebenfalls Knötchen und Bläschen.

Oppenheim: **Acne und Varicella syphilitica.** 22jähr. Mann mit sehr reichlichem Exanthem am Stamme, das dadurch bemerkenswert ist, daß fast nur pustulöse Effloreszenzen teils von akne-, teils von varizellaähnlichem Typus sichtbar sind. Der Primäraffekt befand sich an der Harnröhrenmündung.

Kren: **Miliare Schleimhautgummen.** Am Gaumen und der linken Wangenschleimhaut über das Vestibulum auf die Gingiva sich fortsetzend besteht eine nach der Peripherie hin sich abflachende, kleinknötchenförmige Infiltration mit oberflächlichen seichten, kleinen Ulzerationen, die als Scheimhauttuberkulose imponieren. Bazillenbefund negativ. WR positiv. Beträchtliche Besserung schon 1 Woche nach allgemeiner Hg-Behandlung.

Kren: **Fall zur Diagnose.** Frau, die vor 3 Wochen mit Gesichtsrötung und Schwellung erkrankt ist. Daran schloß sich eine gelblichrote, papulöse Eruption, die in ihrer Primäreffloreszenz die Form und den Glanz der Lichen-ruber-Knötchen nachahmte, doch lachsrot in der Farbe ist. Einzelne Eruptionen und konfluente Erscheinungen ließen an Lichen ruber acuminatus denken, doch zwang die rasche Aussaat der Effloreszenzen, die lamellöse Schuppung und namentlich die rasch einsetzende Rückbildung, von dieser Diagnose abzusehen. Die vorerst diffus erkrankten Hände, namentlich deren Volae, schuppten rasch ab und hinterließen eine bloß leicht gelblichrote Verfärbung. Haare und Nägel blieben unversehrt. Salvarsanexanthem nach Art des Lichen ruber ist ebenfalls auszuschließen. Verlauf fieberlos und ohne Störung des Allgemeinbefindens.

Aussprache: Ullmann: Nach Aussehen und geschildertem Verlauf besitzt der Fall eine gewisse Ähnlichkeit mit den zuerst von Savill 1892 in London beschriebenen,

Digitized by Google

auch in Amerika und anderwärts beobachteten Formen von Dermatitis infectiosa epidemica, deren gehäuftes Auftreten und Nachweis von Staphylokokken eine infektiöse Grundlage annehmen ließ. Flächenhafte bis universelle Ausbreitung aus isoliertem Herde ekzematoider Natur mit Ähnlichkeit zu seborrhoischen Ekzemen, dann wieder mit Pityriasis rubra pilaris mit breiter, flächenhafter Abstoßung der Haut. Die wiederholt beschriebene Krankheit ging als Savills disease in verschiedene anglo-amerikanische Lehrbücher über. Der Fall erinnert auch an autotoxische, aus Erythemen sich entwickelnde Dermatitiden mit Neigung zu Nachschüben und Rezidiven, Affektionen, die allmählich allerdings ihr Wesen und Aussehen verändern, aber mit einer Erythrodermie beginnen. Ich habe einen solchen Fall nach angeblicher Vergiftung mit verdorbenem Mehl aus dem Badner Spital gesehen und in dieser Gesellschaft öfter erwähnt. Jedenfalls wird auch hier der weitere Verlauf für die Diagnose bestimmend sein.

Kren: **Lichen ruber planus, geheilt mit Fieber.** Kren hat bis nun drei Fälle von Lichen ruber planus mit Milchinjektionen ohne sonstige Therapie behandelt und sah nach wenigen Injektionen schon viel prompteres Abheilen als unter As-Therapie. Der vorgestellte Fall ist der letzte so behandelte. Die Pat. hat sechs Milchinjektionen im Laufe von drei Wochen bekommen und ist von der Erkrankung geheilt.

Ullmann: **Krysolgan bei Lupus eryth. und tuberkuliden Affektionen.** Der 36jähr., anscheinend gesunde Mann leidet seit einem Jahre an einem Lupus eryth. discoides in langsamer Ausbreitung. Er wurde vor mehreren Monaten durch etwa sechs Wochen von mir mit Krysolgan behandelt. Die Erkrankung ist unter dieser Behandlung mit kaffeebrauner Pigmentierung restlos abgeheilt. In ähnlicher Weise wurden von mir noch zwei gleichartige Affektionen von chronischem Lupus eryth., aber mehr disperser Natur, ein papulonekrotisches Tuberkulid, ferner ein Fall von Psoriasis vulgaris mit demselben Präparate behandelt. In allen Fällen waren weitgehende Rückbildungserscheinungen festzustellen. Die Vorstellung dieser Fälle mir vorbehaltend, möchte ich den hohen Wert dieses einzigen Spezifikums gegen tuberkulöse und tuberkulide Affektionen hervorheben. Die spezifische Wirkung wird von Feldt auf Katalyse zurückgeführt. Das Präparat ist aber ziemlich toxisch, so daß eine genaue Beobachtung der Nebenerscheinungen nötig ist. In vorgestelltem Falle waren es hauptsächlich schlechtes Aussehen, Darmkatarrhe, Darmschmerzen, welche auf Ausscheidung des Mittels auf den Darm hindeuten. Krysolgan kann nur intravenös angewendet werden in Dosen von 0,05 steigend bis höchstens 0,1 in 1 bis 2 ccm destillierten Wsssers gelöst. Bei fast allen behandelten Fällen waren auf der Höhe der Behandlung nach fünf oder sechs Injektionen, die wegen Kumulierung möglichst in einwöchentlichen Intervallen gemacht werden sollen, ähnliche Nebenerscheinungen, niemals andere schwerere zu beobachten. Insbesondere wurden keinerlei neutropen und auch keine Nierenschädigungen konstatiert. Toxische Exantheme, Nierenreizung, Leber- auch Gefäßerkrankungen wurden von anderer Seite berichtet, sind aber — wie ich glaube — bis auf die noch unbestimmte, viel zu hohe Dosierung und zu rasches Tempo dieser Injektionen zurückzuführen. Tierversuche werden das Verhalten zu den Organen und dem Aschoffschen vesikulo-endothelialen System genauer zu erweisen haben. Jedenfalls scheint eine besonders starke Adsorption an gewisse Organe und Parenchymzellen, besonders aber an die tuberkulösen Strukturen stattzufinden. Über Beeinflussung von Lupus vulgaris habe ich keine genügende Erfahrung. Doch müßte das Mittel gerade hier am Platze sein, besonders bei disseminierten Formen, die für physikalische Behandlung ungeeignet sind. Krysolgan ist für Tuberkulose auch in anderen Organen (Lunge) als exquisit praktisch-wertvolles, ätiotropes Mittel bereits vielfach in Verwendung. Seine organotropen Eigenschaften, über welche zuletzt Martenstein aus Jadassohns Klinik in Breslau ausführlich berichtet hat, lassen

Digitized by Google

sich, wie ich an meinem Falle hier ausgeführt habe, durch geeignete Dosierung und Tempo auf ein ungefährliches Minimum herabsetzen. (Keinesfalls große Serien wegen langer Nachwirkung des Präparates.) Es ist wahrscheinlich, daß die intensive Pigmentierung bei Lupus eryth. durch eine elektive Bindung des Goldpräparates im Bereiche des Infiltrates, nicht bloß durch den Blut- und Gewebszerfall bedingt ist. Bezüglich des Erfolges bei Psoriasis vulgaris muß wohl erst weiter beobachtet werden.

Ullmann: **Psoriasis vulgaris numularis und figurata.** Vorzug der internen Verabreichung von Solutio Fowleri gegenüber der intravenösen. Der seit sechs Jahren mit Schüben von Psoriasis vulgaris behaftete, sonst ganz gesunde junge Mann erhielt vor drei Jahren auf der Höhe seiner Affektion intravenöse Injektionen von Solutio Fowleri steigend bis zur Maximaldosis von 3,5 g der Solution, gleich 35 mg pro Einzeldosis, in toto etwa 30 g der Solution in zusammen 20 Injektionen, 2mal wöchentlich. Trotz dieser außerordentlich hohen Dosis (Maximaldosis der Pharmakopoe beträgt 0,4), welche subkutan appliziert unfehlbar schon im Beginn der Behandlung schwere Intoxikationserscheinungen zur Folge gehabt hätte, waren weder solche, noch leider auch erhebliche Rückbildungserscheinungen während der Dauer und auch lange nach Abschluß der Kur zu merken. Die Kur wurde langsam steigend von 0,1 bis 3,5 Solution gemacht. Die gleiche Applikation vertrugen auch andere Pat., da offenbar Gewöhnung eintrat. Der mangelnde therapeutische Affekt liegt in der bei gesunden Personen sofort beginnenden Ausscheidung durch die Nieren, also in einer zu flüchtigen Wirkung des As. Diese noch zu wenig bekannte Tatsache ist sehr wichtig, da sie verstehen läßt, daß die intravenöse Methode trotz ihrer Eleganz und Vorzüge bezüglich therapeutischer Effekte für gewisse Präparate keineswegs die wirksamste ist, denn sie führt normal den Heilstoff wohl durch das Blut, nicht aber durch die Organe. Der vorgestellte Pat. bekam nun nach fast 3jähriger Pause wegen neuerlicher Psoriasis seit mehreren Wochen Solutio Fowleri innerlich, steigend, und hält jetzt bei 3mal 15 Tropfen täglich. Er verbrauchte bisher 20 g. Auch hier bisher nicht die geringsten Nebenerscheinungen, wohl aber deutliche Rückbildung der Erkrankung. Dieser Fall ist somit ein neuer Beweis für meine mehrfach festgelegte Auffassung über die Unrichtigkeit der landläufigen Anschauungen von der Gleichgültigkeit der Einbringungsart stark wirkender Medikamente, ob intravenös oder intramuskulär sowohl für die Heil- als toxische Wirkung.

Kumer: **Eczema mycoticum der Fußsohlen.** In den letzten Jahren ist dieses Krankheitsbild relativ selten geworden.

Fuhs: **Favus capitis.** 12jähr. Patientin mit ausgedehnten, schmutziggelben, bröckligen Massen im Bereiche des Scheitels und der Wirbelgegend. Das Haarkleid an diesen Stellen ist schütter. Mikroskopischer Befund: das für Favus typische Bild. Immunreaktion: negativ.

Fuhs: **Mikrosporie des Kapillitiums und Lichen microsporicus.** 9jähr. Knabe mit intensiv ausgebildetem, teils follikulärem, teils ekzematös verändertem Exanthem, besonders an Seiten- und Rückenpartien des Stammes. Das Mikrosporid entstand zwei Wochen nach der Röntgenepilation des Kapillitiums wegen typischer Mikrosporieherde daselbst (Microsporon Audouini). Immunreaktion stark positiv; Pilzbefund in Schuppenmaterial der Lichenknötchen und im Blute, sowie in der Biopsie nicht zu erbringen.

Randak: **Erythema multiforme.**

Randak: **Gummen beiderseits ad nates an alten Hg-salicylicum-Injektionsstellen.**

Arzt: **Sclerosis ex residuo mit konsekutivem makulösem Exanthem.** 38jähr. Pat., 1913 an unserer Klinik wegen Sklerose (Spirochäten positiv, WR schwach positiv) mit Salvarsan behandelt. Dann immer erscheinungsfrei, 1920 eine negative Blutkontrolle.

Digitized by Google

Jetzt besteht (10 Jahre nach der Infektion) sklerosenähnliches Ulkus am Penis (Spirochätenbefund negativ), Lymphadenitis inguinalis, makulöses konfluierendes Exanthem. WR komplett positiv.

Arzt: **Adenocarcinoma gelatinosum metastaticum (?) in der linken Axilla.** 68jähr. Frau mit einem blumenkohlartigen, ungefähr kindsfaustgroßen, überhängenden Achselhöhlentumor, der oberflächlich exulzeriert und gut verschieblich ist. In der linken Mamma ein über walnußgroßer, außerordentlich harter, derber Knoten, sukutan gelegen, der mit einem ebensolchen Strang zu der erwähnten Geschwulst hinzieht. Die Geschwulst in der Brust ist beträchtlich kleiner geworden. Histologisch handelt es sich um ein Adenocarcinoma gelatinosum, möglicherweise mit primärem Tumor in der Mamma.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

August 1923, Bd. 39, H. 3.

Maximale Frühbehandlung der erworbenen und angeborenen Syphilis zwecks voller Ausnutzung der Frühheilungschance, von E. Hoffmann und E. Hoffmann-Bonn. S. 129—136. Verff. lehnen die chronisch-intermittierende Behandlung, wie sie bisher bei Lues I und Lues II recens üblich gewesen ist, ab und empfehlen die „maximale Frühbehandlung". Darunter verstehen sie die Ausnutzung der Heilkraft des Salvarsans durch Verstärkung der Kuren und Verkürzung der Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen und Kuren. Sie geben als Anfangsdosis bei Männern 0,45, bei schwächeren Frauen 0,3, dann 0,6 bzw. 0,45 jeden 4.—5. Tag oder auch 2mal wöchentlich bis zur Gesamtmenge von 5,5—6,5 g bei Männern und 4,5—5,5 g bei Frauen und lassen die 2. und 3. Kur im Abstand von 5 bis höchstens 6 Wochen folgen. Die Kombination mit unlöslichen Hg- oder Bi-Salzen oder der sicher gut wirkenden Schmierkur wird aufs wärmste für alle Fälle von Lues empfohlen. Von den verschiedenen Salvarsanpräparaten hat sich bisher stets noch am besten Na- oder Neosalvarsan bewährt. Neosilbersalvarsan wird nur dort angewendet, wo Wechsel des Mittels notwendig erscheint. Außer bei frisch erworbener Lues Erwachsener und Kinder ist die maximale Frühbehandlung bei Lues congenita indiziert. Sie soll schon vor oder gleich nach der Geburt einsetzen. Im ersteren Fall muß sich die Mutter während der Gravidität einer Kur (eventuell auch zweien) unterziehen. War eine Behandlung während der Gravidität nicht erfolgt, so soll der Neugeborene einer luetischen Mutter, auch wenn er keine sichtbaren Anzeichen erworbener Syphilis aufweist, grundsätzlich mit Salvarsan und Hg behandelt werden. Was die Größe der Dosen und Kuren betrifft, so empfiehlt Erich Müller mit Hg und Neosalvarsan alternierend 2 Sicherheitskuren bei negativer WR. Als Quecksilberpräparat verwendet er Ung. ciner. (0,1 pro kg) oder Kalomel (0,001 pro kg). Die Salvarsandosen betragen 0,02—0,03 pro kg. Verff. haben den Behandlungsmodus von Müller dahin modifiziert, daß sie Salvarsan und Kalomel bzw. Ung. ciner. kombiniert geben und mit der Salvarsandosis nicht über 0,01—0,02 pro kg hinausgehen. Hat die Behandlung frühzeitig begonnen, so dürfte man mit 1—2 maximalen Kuren bzw. mit einer Sicher-

Digitized by Google

heitskur bei negativer WR auskommen. Zu einer starken Kur gehören je 12 Neosalvarsan- und Kalomelinjektionen, die 2—3mal wöchentlich verabreicht werden.

Über endogene gonorrhoische Keratokonjunktivitis, von F. Harry, Abt. Buschke, Berlin. S. 137—143. Im Anschluß an eine endogene gonorrhoische Konjunktivitis beider Augen entwickelten sich in den unteren Schichten der Kornea beiderseits rundliche, etwa stecknadelkopfgroße Infiltrate, die sich nach einer Woche zurückbildeten. Die Konjunktivitis rezidivierte und heilte rasch wieder ab. Es wird auf die Seltenheit der endogenen gonorrhoischen Augenerkrankungen hingewiesen, ferner der eigenartige Verlauf und das klinische Bild der Krankheit beschrieben. Das gleichzeitige Vorhandensein einer Konjunktivitis und Keratitis ist bisher noch nicht beobachtet worden.

Bakteriologische Untersuchungen bei Impetigo contagiosa, von S. Bommer, Univ.-Hautklinik Heidelberg. S. 143—152. Unter 45 Fällen von Impetigo contagiosa fanden sich 8mal Reinkulturen von Streptokokken, ebensooft solche von Staphylococcus aureus und 29mal Mischinfektionen von beiden Kokkenarten. Eine Trennung der klinischen Erscheinungsformen nach der Ätiologie, wie sie Lewandowsky vorgenommen hat, ließ sich nicht durchführen. Fälle reiner Streptokokkenimpetigo zeigten teilweise oder ganz die von L. für Staphylokokkenimpetigo aufgestellten typischen Merkmale und umgekehrt. Mischinfektionen boten im Gegensatz zu den Ausführungen von L. mehr das Bild einer Staphylokokkenimpetigo dar. Die verschiedenen Erscheinungsformen der Impetigo beruhen nach Ansicht des Verf. mehr auf der individuellen Reaktionsfähigkeit der Haut. Außerdem spielt der Inokulationsmodus eine wesentliche Rolle. Bei oberflächlichen, intraepidermalen Skarifikationen konnten experimentell Impetigopusteln erzeugt werden, während sie nach tieferen Schnitten ausblieben.

Zur Kenntnis der Amyloidosis der Haut, von F. Juliusberg-Braunschweig. S. 153 bis 154. Die Ausführungen Gutmanns in Bd. 38 machten Verf. mit einem Fall bekannt, der ähnliche Veränderungen zeigt wie der von ihm im Ergänzungsband des Arch. f. Derm. 1900 mitgeteilte. Er beobachtete damals eigentümliche, Lichen ruber ähnliche Effloreszenzen bei Prurigo Hebrae und glaubt jetzt annehmen zu dürfen, daß jene Veränderungen durch ein lokales Amyloid der Haut hervorgerufen waren.

September 1923, Bd. 39, H. 4.

Über einen Fall von Acrodermatitis chronica atrophicans und Melanodermie, von A. Jordan und E. Romeikowa-Moskau. S. 193—202. Bericht über einen typischen Fall von idiopathischer, progressiver Atrophie des linken Beines. Daneben bestand eine eigentümliche braune, teils diffuse, teils fleckenartige Verfärbung der Haut beider Hände und Füße, der Iris und der Gaumenschleimhaut. Beide Erkrankungen standen in Beziehung zu Störungen der inneren Sekretion und des Nervensystems. Durch Verabreichung von Adrenalin (20 Tr. pro die) wurde in kurzer Zeit erhebliche Besserung des Krankheitszustandes erzielt.

Über die Art der Verbindung zwischen Epidermis und Kutis, von Fr. Kogoj-Brünn. S. 203—212. Verf. verneint das Vorhandensein einer Basalmembran. Er hält die sogenannte Membran für eine aus zusammengepreßten kollagenen und elastischen Fasern bestehende Bindegewebsfaserlage. Was die Verbindung zwischen Epidermis und Kutis betrifft, so sind an ihrem Zustandekommen die kollagenen und elastischen Fasern und die Basalzellenfortsätze beteiligt. Sie treten in gegenseitige engste Verbindung. Ob es sich dabei um Verflechtung oder inniges Anschmiegen handelt, kann bei der Kleinheit der Objekte nicht bestimmt werden. Der Ausdruck „Basalmembran" sollte in Zukunft vermieden und durch „epidermo-kutane Grenzzone" ersetzt werden.

Digitized by Google

Liquorpositive Luesfälle im Frühstadium und ihre Augenveränderungen, von Memmesheimer und Lunecke-Essen. S. 213—216. Verff. haben sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in wie kurzer Zeit nach der Infektion und wie oft gleichzeitig mit den Ergebnissen der Liquorreaktion Veränderungen am Zentralnervensystem durch genaue Augenuntersuchungen nachweisbar sind. Von 24 Patienten, bei denen die Infektion bis zu $^1/_2$ Jahr zurück lag, zeigten 8 positive, 16 inkomplett positive Liquorreaktion und $17 = 70{,}8\,\%$ krankhafte Augenbefunde. Letztere bestanden in Herabsetzung der pupillometrischen Werte, positivem Haenelschem Symptom und Hyperämie der Papillen. Unter 10 Fällen (Infektion vor $^1/_2$—1 Jahr) hatten 7 positiven, 3 inkomplett positiven Liquor und 5 positive Augenbefunde, und zwar Herabsetzung der optischen und motorischen Unterschiedsempfindlichkeit, beginnende Sehnervenentzündung, Vergrößerung des blinden Flecks, träge Lichtreaktion. Schließlich zeigten unter 9 Fällen 1—2 Jahre alter Lues 5 kompletten, 3 inkompletten positiven Liquor und 5 ausgeprägte pathologische Augensymptome. Insgesamt fanden sich unter 50 Luesfrühfällen in $33 = 66\,\%$ positive Augenbefunde. Daraus geht die Wichtigkeit der genauen Augenuntersuchung zur Feststellung einer frühzeitigen Beteiligung des Zentralnervensystems an der Infektion hervor.

F. Harry-Wiesbaden.

Bücherbesprechungen.

Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. Band 1: Menschliche Erblichkeitslehre, von E. Baur, E. Fischer und F. Lenz. 2. verm. u. verb. Aufl. mit 112 Textabb., 1 Karte, 8 Taf. Grundpreis: geh. 9 M., geb. 12 M. J. F. Lehmann. Das bekannte Dreimännerbuch liegt nunmehr in einer neuen Auflage vor, die sich von der ersten durch eine breitere Bearbeitung des ganzen Inhalts sowie durch die Hinzufügung aller neu hinzugekommenen Tatsachen der Vererbungslehre unterscheidet. Nachdem schon bei der ersten Besprechung darauf hingewiesen worden ist, daß dieses Buch alle Ergebnisse der modernen Vererbungswissenschaft in klarer Darstellung aus der Feder der berufensten und besten Forscher dieses Gebiets enthält, erübrigt es sich, auf seinen Inhalt ausführlich einzugehen. Nur einige wichtige Punkte seien hervorgehoben. Baur behandelt im ersten Abschnitt die allgemeine Variations- und Erblichkeitslehre in außerordentlich klarer und übersichtlicher Weise. Im 2. Abschnitt werden die Rassenunterschiede des Menschen von E. Fischer besprochen. Anthropobiologie kann man nach ihm die Lehre nennen, die für den Menschen die Untersuchung vorzunehmen hat, welche von den Rassenunterschieden „Paravariationen", „Mixovariationen", „Idiovariationen" sind. An der Schädelform wird gezeigt, daß eine Beeinflussung durch Faktoren der Umwelt bald nur leise, bald tiefergehend festgestellt werden muß. Deshalb darf aber nicht die große Macht der Erbmasse unterschätzt oder gar übersehen werden. Ihr ist die erste Rolle zugewiesen. Bei eineiigen Zwillingen betragen die absoluten Unterschiede von der Länge und Breite des Kopfes nur je 1 mm. Stirnbreite, größte Gesichtsbreite, Gesichtshöhe sind auf Bruchteile vom Millimeter gleich. Das bringt nur Vererbung fertig. Der vollgültige Beweis für die Übertragung dieser Merkmale ist die Feststellung, daß Mendelsche Spaltung auftritt. In der gleichen Weise wie die Schädelbildung werden auch alle anderen variierenden Merkmale des Menschen untersucht und analysiert. Während bei zahlreichen Merkmalen (z. B. Körperproportion, Einzelteilen des Schädels, Extremitätenknochen, Muskelvariationen, Hautleisten usw.) der rassenmäßig vererbte, also idiotypisch bedingte und der paratypisch erworbene Anteil ihrer Bildung nicht genügend feststeht, um sie zur Rassendiagnose zu

Digitized by Google

verwerten, ist dies für zahlreiche andere Merkmale sicher der Fall. Es sind dies: Augenfarbe, Haarfarbe, der Mongolenfleck, Haarform, Nasenform, Augenlidfalte, Lippenform, gewisse geistige Merkmale, Körpergröße, Gesichtsform, Schädelform. Sie genügen zum einwandfreien Nachweis, daß es in der Tat deutliche, scharfe, ererbte und daher im Wesen unveränderliche Unterschiede zwischen den Menschen gibt, die diese in Gruppen oder Rassen einteilen. Diese Grenze könne nur durch Kreuzung verwischt werden. Im letzten Abschnitt seiner Abhandlung behandelt E. Fischer die einzelnen Menschengruppen nach ihren anthropologischen Merkmalen, vergleicht sie und sucht sie zu ordnen. Es führt zu weit, ihm in diesem hochinteressanten Gebiet der „Anthropographie" zu folgen. Der wichtigste Abschnitt des Buches ist wohl die Abhandlung des hervorragenden Vererbungsforschers Fritz Lenz, Über die krankhaften Erbanlagen. Lenz faßt den Begriff der Krankheit als den „Zustand eines Organismus an den Grenzen seiner Anpassungsfähigkeit auf". Lebende Wesen sind an ihre Umgebung angepaßt. Dies ist der Fall, wenn Bauart und Lebensäußerungen die Erhaltung in der Umwelt gewährleisten. Volle Gesundheit bezeichnet den Zustand der vollen Anpassung; Krankheit tritt in so höherem Maße auf, als diese Anpassung beeinträchtigt ist. Die Fülle dessen, was Lenz in seiner Arbeit bietet, kann hier kaum angedeutet werden. Die Bedeutung krankhafter Erbanlagen für die Krankheiten der verschiedenen Organe ist hier scharf und klar dargestellt, und zwar in einer Form, die es auch dem Gebildeten, dem die Zukunft und auch die Gesundheit seiner Rasse am Herzen liegt, ermöglicht, sich mit dem Gegenstand zu beschäftigen. Die Darstellung von Lenz zeigt an jeder Stelle den selbständigen Geist, der unbeirrt um die Anschauungen des Tages seinen eigenen Weg geht, stets zum Nachdenken anregt und damit das Studium seines Buches so anregend macht. Wie soll man sich nun das Auftreten krankhafter Erbanlagen denken? Selbstverständlich sind in der Erbmasse des ersten Menschen noch nicht alle jene erblichen Krankheitsanlagen vorhanden gewesen, mit denen die gegenwärtige Bevölkerung durchsetzt ist. Alle jene chemischen oder physikalischen Einflüsse, welche Änderungen der Erbmasse zur Folge haben, bezeichnet Lenz als idiokinetische Einflüsse, die Verursachung solcher Erbänderungen als Idiokinese (τὸ ἴδιον = das Eigene, das innere Wesen. Κινεῖν = etwas Feststehendes erschüttern, verändern, also etwa der gleiche Vorgang, den Referent und Leven als „Keimplasmaerschütterung" bezeichnet haben). Durch Idiokinese entstehen nicht nur krankhafte Erbanlagen neu, sondern auch alle jene zahllosen Erbanlagen, welche den Aufbau der Lebewesen im Laufe der Stammesgeschichte ermöglicht haben. Chinin, Quecksilber, Jod, Arsen, Alkohol, Blei, Tabak, Phosphor, Röntgenstrahlen und verwandte Stoffe wirken idiokinetisch. Ausführlich behandelt F. Lenz die Methode der menschlicsen Erblichkeitsforschung und gibt damit dem diesem neuen Wissenszweig Fernstehenden die Möglichkeit, in die technische Seite dieser für unsere Spezialwissenschaft so wichtigen Wissenschaft einzudringen. Im 5. Abschnitt des ersten Buches behandelt Lenz die Erblichkeit der geistigen Begabung und zeigt an den Familien Bach, Beethoven, Mozart, Tizian, Feuerbach, Krupp, v. Siemens, Goethe, Darwin u. a. die hervorragende Bedeutung der Ahnenmasse für die geistige Zusammensetzung der Einzelindividuen. Das gilt selbstverständlich auch für die durchschnittliche Begabung. „Es ist daher völlig hoffnungslos, durch Erziehung und Übung das Menschengeschlecht dauernd heben zu wollen. Das ist eine der allerwichtigsten rassenhygienischen Einsichten." Ferner wird an dem Beispiel großer Männer (Bismarck, Darwin, Goethe, Mendel u. a.) und ihrer Familien der innige Zusammenhang zwischen genialer Begabung und Psychopathie aufgedeckt. Schließlich beschäftigt sich Lenz mit den seelischen Unterschieden der großen Rassen. Bei allen seinen Darlegungen auch hier der gleiche Versuch, die Dinge objektiver zu sehen und darzustellen. Niemand wird

Digitized by Google

Lenz für einen Philosemiten halten; andererseits muß aber anerkannt werden, daß er versucht, in sachlicher Weise in der schmerzlich brennenden Judenfrage Licht und Schatten gleichmäßig zu verteilen, die Unterschiede zwischen Germanen und Juden hervorzuheben, aber auch die Gleichheit in wesentlichen Anlagen. Die vielfach zutage tretende Feindschaft zwischen Germanen und Juden beruht nach Lenz mindestens ebensosehr als auf ihrer Wesensverschiedenheit gerade auf der Ähnlichkeit in ihrer Befähigung, die zu einem scharfen Konkurrenzverhältnis führt. Nicht richtig kann es sein, daß man in Frankreich die Juden nie als so fremdartig empfunden hat wie in Deutschland, weil dort ein vorderasiatischer Einschlag vorhanden sein soll. In England, wo die Juden zu den höchsten Staatsstellen aufsteigen können, empfindet man sie auch nicht als so fremdartig wie in Deutschland, obwohl dort von einem vorderasiatischen Einschlag nicht die Rede sein kann. Große Kulturleistungen können nach Lenz nicht nur von reinen Rassen vollbracht werden. Die größten Geister der Weltgeschichte, wie Michelangelo, Luther, Goethe, Beethoven, waren offenbar von gemischter Rasse.

Band 2: Menschliche Auslese und Rassenhygiene, von F. Lenz. 2. verm. u. verb. Aufl. Grundpreis: geh. 7 M., geb. 10 M. J. F. Lehmann, 1923. Der 2. Band der menschlichen Erblichkeitslehre behandelt die menschliche Auslese und die praktische Rassenhygiene. Er ist von F. Lenz allein verfaßt. Zunächst werden Begriff und Formen der Auslese abgehandelt. Durch jede Art von Auslese wird eine Bevölkerung in 2 Teile geteilt, von denen der eine Teil erhalten, der andere ausgeschaltet wird. Die Erhaltung wird als positive, die Ausschaltung als negative Auslese bezeichnet. Die Intensität der Auslese ist im allgemeinen um so größer, je größer die durchschnittliche Kinderzahl und je schneller die Folge der Generationen ist. Wenn z. B. in einer Gruppe A von jeder Familie im Durchschnitt 3 Kinder nach 33 Jahren zur Fortpflanzung kämen und in einer Gruppe B 4 Kinder nach je 25 Jahren, so würde Gruppe A nur 0,9%, Gruppe B aber 99,1% seines Menschenmaterials erhalten. Es genügt ein so geringfügiges Zurückbleiben in der Fortpflanzung hinter Bevölkerungselementen anderer Herkunft, um das Dahinscheiden anderer Rassen zu erklären. Wenn die Ausleseverhältnisse in einer Bevölkerung sich so gestalten, daß nicht die Tüchtigeren, sondern die Untüchtigen überleben und die größte Nachkommenschaft haben, so spricht man von einer Gegenauslese oder Kontraselektion. Sie ist die Hauptursache der Entartung. Eine schnelle Ausbreitung krankhafter oder sonstiger unerwünschter Erbanlagen tritt ein, wenn die Ausleseverhältnisse in einer Bevölkerung den Charakter der Gegenauslese tragen, was ohne Zweifel nach Lenz in den Ländern der abendländischen Kultur gegenwärtig der Fall ist. In den nun folgenden Ausführungen bespricht Lenz mit der ihm eigenen Beherrschung des ganzen Wissensgebietes und mit der Unabhängigkeit seines persönlichen Urteils die Bedeutung der Auslese durch die verschiedenen Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis, Blennorrhoe) durch Säuglings- und Kinderkrankheiten, durch Alkohol und Krieg, ferner die soziale Auslese, und den Zusammenhang zwischen biologischer und sozialer Auslese (Fortpflanzungsunterschiede, Geburtenrückgang, Auslesewirkungen durch Frauenberufe usw.). Die folgenden Abschnitte sind der praktischen Rassenhygiene gewidmet und behandeln alle hierher gehörigen Fragen mit größter Gründlichkeit. Uns Dermatologen geht am meisten die Stellungnahme des Verfassers zur Bekämpfung der Syphilis und der Geschlechtskrankheit an. Nach der Meinung von Lenz kann kein Zweifel darüber bestehen, daß es bei genügender Energie möglich sein müsse, die Geschlechtskrankheiten so gut wie ganz auszurotten. Leider stehen aber diesem großen Ziele nach Lenz schwerwiegende wirtschaftliche Interessen entgegen. Bei einer wirklich ernsthaften Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten würden Hunderte von Fachärzten brotlos werden, Zehntausende anderer Ärzte eine schwere

Digitized by Google

Einbuße erleiden. Das Heilmittel sieht Lenz in der Einführung der Meldepflicht, und zwar mit Namensnennung. Im Gegensatz zur deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene hat sich die „sogenannte" Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die zum großen Teil aus Fachärzten für Geschlechtskrankheiten besteht, die natürlich in erster Linie von der Meldepflicht betroffen werden würden, gegen diese ausgesprochen; ebenso die deutsche dermatologische Gesellschaft und andere Gruppen von Fachärzten. Es ist sehr bedauerlich, daß hier offen der gesamten Fachärzteschaft von einer so hervorragenden Seite nachgesagt wird, daß sie ihre Handlungen von eigensüchtigen Gründen leiten läßt. Wenn Lenz oft die seelischen Erschütterungen mit erlebt hätte, die eine große Zahl feinfühliger Menschen bei der Mitteilung der Syphilisdiagnose durchmacht, besonders wenn es sich gar noch um eine nicht auf geschlechtlichem Wege erworbene oder gar um eine angeborene Form handelt, so möchte ich bezweifeln, ob er diesen Menschen auch noch mit einer Anzeige und der Qual der Beaufsichtigung belasten möchte. Andererseits müssen wir Dermatologen doch aus dem Vorwurf des Verfassers den Schluß ziehen, daß wir unsere Stellungnahme auf Grund der Erfahrungen in Dänemark, Schweden und Amerika einer erneuten Durchsicht unterziehen. Es ist außer allem Zweifel, daß die Dermatologen gegen alle persönlichen Interessen ihre Ansicht über die Anzeigepflicht ändern werden, wenn wirklich Erfolge in der Eindämmung der Seuche erzielt werden. Hat doch die „sogenannte" D.G.B.G. sicher gegen die Interessen der Fachärzte die Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten in alle Kreise der Bevölkerung getragen. Es ist selbstverständlich, daß eine praktische, auf Auslese begründete Rassenhygiene weit hineinführt in soziale, religiöse und Rassenprobleme. Auf diese Fragen einzugehen, wurde den Raum eines Referates weit überschreiten. Die neue Auflage des Buches von Baur, Fischer, Lenz ist eins von den Büchern, die nicht nur in der Bibliothek jedes Arztes stehen, sondern die auch von allen gelesen und wiederholt gelesen werden müssen.

E. Meirowsky-Köln.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Störungen und Atrophien.

Einiges über Striae distensae (Some Observations on Striae Distensae), von F. Bedo Hobbs-London. (Lanc., 1923, Bd. 2, Nr. 9, S. 452—455.) Die Striae distensae treten viel öfter in Erscheinung, als man im allgemeinen annimmt; Verf. hat in 6 Monaten 10 Fälle beobachten können, deren Lebensalter, entsprechend früheren Beobachtungen, sich zwischen 12 und 22 Jahren bewegte, was Verf. auf die Zartheit und das schnelle Wachstum der jugendlichen Haut zurückführt; die elastischen Fasern zerreißen und gestatten so der Epidermis, sich zu dehnen. Die Striae bilden keinen einheitlichen ätiologischen und symptomatologischen Komplex, sie können bei jeder fieberhaften Erkrankung vorkommen. In Fällen von rapider Fettanhäufung im Unterhautgewebe erscheinen häufig Striae an den Achseln, Hüften usw., in anderen Fällen ist eine Spannung der Haut durch einen Erguß oder durch Ödem die Ursache. Konstitutionelle oder durch Ernährungsstörung bedingte Schwäche der Haut kommt gleichfalls in Frage. Bei all diesen Ursachen spielt die Lage des Patienten als auslösendes Moment eine große Rolle, bei fast allen seinen Fällen konnte Verf. feststellen, daß die Striae auf der Seite erscheinen, auf der die Patienten zu liegen pflegten. Trotz aller Ähnlichkeit mit den Striae gravidarum möchte Verf. doch prinzipielle Unterschiede betont wissen, die er

Digitized by Google

leider histologisch nicht nachprüfen konnte, am auffallendsten ist der Unterschied in der Färbung, die Striae gravidarum sind weißlich-rosa, die Striae distensae bläulich-rot.

M. Gumpert-Berlin.

Haare und Nägel.

Haarfarbe und Haarwuchs, ein diagnostisches Merkmal bei Krebserkrankungen, von E. L. Zöllner-Hamburg-Eppendorf. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 38, S. 1442.) An einem Material von 200 sicher Krebskranken hat Verf. die bekannte Behauptung (Strümpell, Aschner) nachgeprüft, daß kräftiger Haarwuchs bei geringer Neigung zum Ergrauen im Alter für Karzinomkranke typisch sei. — Er konnte diesen Satz voll bestätigen und außerdem die Neigung zum Nachdunkeln der Haare an den dem Licht ausgesetzten Körperstellen (Schläfen, Augenbrauen, Barthaare), gleichzeitig mit einem weitgehenden Verlust des normalen Haarglanzes. Während man aber bisher meinte, daß die typischen „Krebshaare" immer schwarz sein müßten, glaubt Verf. auch die blonden den Krebshaaren zurechnen zu können, falls sie nur den Verlust ihres Glanzes deutlich erkennen lassen.

F. Landauer-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Über Kopfentlausung mit Schwefeldioxyd, von G. B. Gruber-Mainz. (Zschr. f. Med.-Beamte u. Krkhsärzte, 1923, Nr. 2, S. 29—32.) Empfehlung eines Apparates, durch den man schweflige Säure eine viertel Stunde lang auf den Haarboden und das Haar einwirken läßt. Läuse und Läuseeier werden unbedingt abgetötet. Ekzeme sehr günstig beeinflußt. Im Mainzer Gesundheitsdienst hat sich die Apparatur als äußerst rationell und billig bewährt.

M. Gumpert-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Die Behandlung des Scharlachs mit Eukalyptus- und Karbolöl gegenüber der Isolierung (The Treatment of Scarlet Fever by Eucalyptus Oil and Carbolic Oil Versus Isolation), von G. Gushue-Taylon. (Lanc., Nr. 5219, S. 505.) Die Erfahrungen an mehr als 280 Fällen führten Verf. dazu, diese Methode im allgemeinen zu verwerfen. Die Bestreichung der Haut mit Eukalyptusöl und Einpinselung von Rachen und Tonsillen mit 10%igem Karbolöl kann das Vorkommen von Rückfällen, kann die Weiterverbreitung der Infektion auf empfängliche Patienten und Krankenpfleger während des Verlaufs der Behandlung und schließlich auch sekundäre Komplikationen nicht verhindern. Alle Fälle von Scharlach sollten wenigstens 8 Wochen lang isoliert werden; den Kranken darf man nicht erlauben, mit anderen Kindern zu verkehren, bis Ohren, Nase und Hals sich völlig gesund zeigen. Die Zahl der Rückfälle steht im umgekehrten Verhältnis zur Länge der Isolierungszeit, wenn diese mehr als 8 Wochen übersteigt. Die ausführliche Beschreibung der Beobachtungszeiten und tabellarische Übersicht der Fälle an einem auf einen kleinen Bezirk beschränkten Beobachtungsmaterial (nach Monaten, Zahl der Rückfälle u. a. m.) illustrieren in trefflicher Weise die Wirkung der Eukalyptus- und Karbolölbehandlung im Gegensatz zur reinen Isolierung, die also nach wie vor oberstes Gesetz bleiben muß, während erstere nur verhängnisvoll wirken kann.

M. Stern-München.

Wohnungsdesinfektion und Scharlachüberwachung (Home Disinfection and the Control of Scarlet Fever), von K. Simpson. (Lanc., 1923, Nr. 5218, S. 455—457.) Verf. glaubt nachweisen zu können, daß bei der Scharlachbekämpfung der häuslichen Desinfektion eine viel zu große Bedeutung beigemessen werde. Ohne ganz auf sie zu verzichten, legt er das Hauptgewicht auf eine gründliche Überwachung der Schulen, die fast immer der Ort sind, von dem eine epidemische Verbreitung ausgeht. Die Bazillen-

Digitized by Google

träger müssen gefaßt werden, die Schulen müssen bei gehäuftem Auftreten von Scharlachfällen geschlossen werden, und die Schulkinder sind fortlaufender Kontrolle, insbesondere naso-pharyngealer Untersuchung, zu unterziehen. M. Gumpert-Berlin.

Die intrakutane Blatternschutzimpfung, von A. Singer-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 38/39, S. 1288—1290.) Die intrakutane Blatternschutzimpfung ist der kutanen in ihrem immunisatorischen Effekt durchaus gleichwertig. Sie hat den Vorteil, daß der Impfprozeß ein viel kürzerer ist (Dauer der eigentlichen Impfreaktion 3—5 Tage), der Impfverlauf sich viel milder gestaltet, Pustelbildung und damit Narben ausbleiben. E. Levin-Berlin.

Spontane neurovakzinale Gehirnentzündung (Encéphalite neurovaccinale spontanée), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Comptes rend. des séances de la Soc. de Biologie, Bd. 88, S. 571.) Bei ihren Experimenten, die neurotrope Affinität sowie die pathogene Aktivität eines Stammes von Neurovakzinen durch Hirnpassagen zu steigern, beobachteten die Verff. an den Versuchskaninchen das spontane Auftreten von Impfenzephalitiden. Sechs Kaninchen wurden intrazerebral mit den nervösen Zentren eines Falles von menschlicher Enzephalitis geimpft und dann in einen Käfig gesperrt, in dem sich zuvor andere mit Neurovakzine infizierte Tiere befunden hatten. Als das erste Tier, bei dem das Gehirn steril befunden wurde, eingegangen war, wurde mit Teilen seines Gehirns ein zweites geimpft, das nach 5 Tagen an typischer vakzinaler Enzephalitis zugrunde ging. Sein Gehirn wurde wieder verimpft, und zwar einmal auf zerebralem Wege, das zweite Mal auf kornealem Wege und drittens unter die Haut. Das erste Kaninchen starb nach drei Tagen an Pocken-Gehirnentzündung, das zweite zeigte eine typische Keratitis und das dritte eine konfluierende Pockeneruption. Eine zweite ähnlich angestellte Versuchsreihe ergab entsprechende Resultate. Verff. schließen aus ihren Versuchen, daß ein Stamm von Neurovakzinen, der den nervösen Zentren eng angepaßt wird, fähig ist, bei Tieren in infizierter Umgebung eine spontane Pockenenzephalitis hervorzurufen. Nötig ist dazu allerdings ein Trauma des Zentralnervensystems wie in vorliegenden Fällen die zerebrale Impfung. Es scheint, daß, wenn der natürliche Schutz des Nervensystems nicht durchbrochen wird, die nervösen Zentren gegen das Eindringen von Ultravirus neurotroper Ektodermosen geschützt sind. F. Quasig-Hamburg.

Ein ungewöhnlicher Fall von Schafblattern (An Unusual Case of Chikenpox), von A. H. Cooper Pattin-Norwich. (Lanc., Nr. 5219, S. 510.) Bei dem 11jähr. Mädchen war ein fast über den ganzen Körper verbreiteter Ausschlag wasserhaltiger Bläschen, die besonders im Gesicht, an Vorderarmen, Händen, Beinen und Plantarflächen der Füße saßen und wahren Blattern täuschend ähnlich sahen, vorhanden, ohne daß das Allgemeinbefinden besonders beeinträchtigt war. Es wurde festgestellt, daß das Mädchen an dem vorhergehenden Tage, der außerordentlich heiß war, die brennende Sonne auf unbedeckte Körperstellen, wie Gesicht, Arme, Hände, Beine einwirken ließ. Die ungewöhnliche Verteilung des Ausschlags ist darauf zurückzuführen, daß die Sonnenhitze ein Erythem der exponierten Körperstellen verursachte und diese zufällige oberflächliche Reizung den profusen Charakter der nachfolgenden Eruption bestimmte. Diese Annahme wurde noch durch einige weitere Fälle, wenn sie auch nicht so überzeugender Art waren, bestätigt. Weiterhin wurde die Diagnose dadurch bekräftigt, daß 17 Tage nach dem Auftreten des Ausschlags im obigen Falle bei der Schwester der Pat. charakteristische Schafblattern sich einstellten. Jedenfalls ist von besonderem Interesse, wie heiße Sonnentemperaturen einen Einfluß auf Schafblattern und deren Verbreitung haben können. M. Stern-München.

Tuberkulose.

Über den Wert des Radiums zur Behandlung des Schleimhautlupus der Nase, von H. Baumgartner, Otolaryngolog. Univ.-Klin. Basel. (Schw. m. W., 1923,

Digitized by Google

Nr. 33, S. 775—777.) Bei 12 Patienten mit Lupus des Naseninnern wurde nach vorausgegangener Kokainisierung das in dünne Guttapercha eingehüllte Radiumpräparat (bestehend aus einem Röhrchen mit 32 mg Radiumelement und $1^1/_2$ mm Platinfilter) für 6—10 Stunden fest auf die kranke Schleimhautstelle aufgelegt und durch Vioformtamponade fixiert. Die Einlage wurde je nach Bedarf ein- bis mehrmals wiederholt. In allen Fällen wurde (bei genügend langer Dauer der Anwendung) Heilung erzielt; allerdings war die Beobachtungszeit seit der letzten Behandlung erst eine kurze. Doch ist die Methode der bisher üblichen operativen Behandlung sicher überlegen.

E. Levin-Berlin.

Zur Ätiologie der papulo-nekrotischen Tuberkulide, von Bogrow †. (Moskowski M. J., 1923, Nr. 3—5, S. 42.) Zu den in der Literatur verzeichneten Fällen von Tuberkuliden, die in Zusammenhang mit Tuberkulose stehen, ist auch eine Beobachtung des Verf. zu zählen, welche einen Fall von Tuberkulose bei einem 26jähr. Mann betraf. Obgleich sich weder histologische noch bakteriologische Hinweise für Tuberkulose, außer einem stark positiven Pirquet bei demselben fanden, ergab die Überimpfung auf ein Meerschweinchen sichere Zeichen von Tuberkulose. A. Jordan-Moskau.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Unvermutete Syphilis (Unsuspected Syphilis), von L. Thompson-Hot Springs National Park, Ark. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 5, S. 227—231.) Es handelt sich um Fälle, in denen dem Patienten der Gedanke der Syphilis fern liegt. Es werden die Erkrankungen der verschiedenen Organe und Systeme und ihre möglichen Beziehungen zur Syphilis erörtert. Diese sollte stets der Leitstern der Diagnose sein.

E. Levin-Berlin.

Von der Operation der auf traumatischer und luetischer Grundlage bestehenden Sattelnase, von A. Réthi-Budapest. (Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 36, S. 1393.) Es wird, ähnlich wie bei dem Königschen Verfahren, ein Haut-Knochenlappen aus der Stirn gebildet, der dann nach unten umgeschlagen wird. Je nach der Größe des zu bedeckenden Defekts muß der Lappen entsprechend lang sein; es kann möglich sein, daß ein Teil aus der behaarten Kopfhaut gebildet werden muß. In diesem Fall müssen natürlich die Haare entfernt werden. Das macht Verf. so, daß er bei der Bildung des Lappens die Haarfollikel, die in der Subkutis sichtbar werden, mit der Cooper-Schere exzidiert. F. Landauer-Berlin.

Gummi des Nasenseptums (Gumma of Nasal Septum), von E. M. Schwartz-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 5, S. 289—290.) Drei Fälle. Die Patienten suchen gewöhnlich wegen Verstopfung der Nase den Arzt auf. Verdächtig auf Syphilis sind Fälle von Verdickung des Septums mit Konvexität nach beiden Seiten.

L. Levin-Berlin.

Gewisse Faktoren in der Entwicklung neurosyphilitischer Erscheinungen bei spätkongenitaler Syphilis (Certain Factors in Development of Neurosyphilitic Lesions in Late Congenital Syphilis), von Edwin G. Zabriskie-New York. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 7, S. 523—528.) Die Arbeit enthält vorwiegend eine Zusammenstellung von einschlägigen Aufsätzen über das Gebiet der Schädigungen des Nervensystems durch die kongenitale Syphilis. Der Annahme, daß man zwischen neuro- und dermotropen Spirochätenstämmen unterscheiden müsse, steht Verf. skeptisch gegenüber und berichtet über einen Fall, der seine Skepsis rechtfertigen soll. Es handelt sich um einen $16^1/_2$jähr. Patienten mit juveniler allgemeiner Paralyse, dessen Vater eine ausgesprochene Hautsyphilis durchgemacht hat und dessen Mutter Fehlgeburten aufwies.

Digitized by Google

Eine Schwester des Patienten hatte syphilitische Zahnbildung, die übrigen Geschwister hatten keine Zeichen syphilitischer Erkrankung. Als Reaktion auf Toxine möchte Verf. folgende an 4 Kindern einer syphilitischen Mutter und eines nicht syphilitischen Vaters gemachten Beobachtungen ansprechen. Es handelte sich um 2 Knaben und 2 Mädchen im Alter von 14, 8, 6 und 2 Jahren. Die beiden älteren Kinder zeigten vom 6. Lebensjahre an Zeichen von kongenitaler Syphilis in Gestalt von Gangstörungen, die schnell zunahmen, bei dem 3. Kinde, das im übrigen gesund zu sein schien, war die WR einfach positiv. Das 4. Kind, dessen Blut nicht untersucht werden konnte, zeigte keine Zeichen von kongenitaler Syphilis. In betreff der Aufzählung der Faktoren, die bei der Entwicklung der kongenitalen Syphilis eine Rolle spielen, bringt die Arbeit nichts Neues.

F. Quasig-Hamburg.

Ein Beitrag zu den Zahnveränderungen bei der Lues congenita, von H. Pflüger-Hamburg. (Kl. W., 1923, Nr. 37/38, S. 1753.) Aus einer Beschreibung Hutchinsons über die Zahnveränderungen bei der kongenitalen Lues hebt der Verf. folgende Punkte heraus: 1. Erosionen an den Zähnen — Schmelzhypoplasien — sind kein luetisches Stigma, sondern das Ergebnis einer innersekretorischen Störung (Krantz). 2. Typisch syphilitische und erosive Veränderungen finden sich in demselben Munde häufig nebeneinander. 3. Die Einkerbung des Hutchinson-Zahns in der Mitte, aber auch an den Seiten kommt durch einen Stillstand in der Entwicklung des mittleren Zahnteils zustande. 4. Auch die Schraubenzieherform ist für Lues charakteristisch. 5. Die luetischen Zahnveränderungen brauchen nicht symmetrisch aufzutreten. 6. Außer den mittleren oberen Zähnen können auch andere Zähne charakteristisch verändert sein. Verf. selbst kann sich dem Standpunkte nicht anschließen, daß die Zahnveränderungen auf dem Wege über das innersekretorische System von dem Kalkstoffwechsel abhängig sind. An der Hand von mehreren Beispielen zeigt er, daß die Zahnveränderungen auch ohne sonstige luetische Stigmata für Lues verdächtig sind und zur Aufdeckung einer kongenitalen Lues führen können.

E. Langer-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose.

Die Kultivierung der Spirochaeta pallida in flüssigen Nährböden, von W. Krantz-Köln. (Kl. W., 1923, Nr. 36, S. 1698.) Die Pallidakulturen gehen am besten an, wenn man sie auf einen geeigneten flüssigen Nährboden in Gesellschaft mit den ihnen genehmen Begleitbakterien bringt. Letztere gehören zu den aerophilen Bakterien. Verf. gibt drei Modifikationen seiner Methode an, mit der es ihm gelungen ist, die Pallida in Symbiose mit den Begleitbakterien zu züchten.

E. Langer-Berlin.

d. Serologie.

Über Gelenksyphilis und serologische Untersuchungen an Gelenkpunktaten, von A. Poehlmann, Derm. Klin. München. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 182, H. 3/4, S. 161—179.) Ein typisches klinisches Bild für syphilitische Gelenkerkrankungen gibt es nicht, charakteristisch ist höchstens, daß sie auf die antirheumatischen Mittel nicht reagieren und Komplikationen von seiten der serösen Häute vermissen lassen. Die WR kann für die Diagnose herangezogen werden, fällt jedoch im Blute häufig negativ aus, als feineres diagnostisches Hilfsmittel wurde die serologische Untersuchung der Gelenkflüssigkeit hinzugefügt. Zunächst war die Reaktion im Gelenkpunktat gelenkgesunder Syphilitiker festzustellen. Es konnten Wassermannreagine im primären und frühen Sekundärstadium nicht nachgewiesen werden, dagegen traten sie sehr häufig im vollausgebildeten Sekundärstadium der Syphilis in der Gelenkflüssigkeit auf. Im Tertiärstadium war die Reaktion seltener, bei Lues latens fand sich nur gelegentlich eine schwache Reaktion. Bei diesen Befunden handelt es sich um einen einfachen Übertritt

Digitized by Google

der Reagine aus dem Blute in die Gelenkflüssigkeit, wofür auch der Umstand spricht, daß fast ausnahmslos der Endtiter im Blute ganz erheblich höher ist als in den Punktaten. Daraus folgt, daß eine positive WR im Punktat auch eines kranken Gelenkes eines Syphilitikers keine lokale Diagnose erlaubt. Eine ausschließlich lokale Entstehung der Reagine wäre nur durch positiven Gelenkwassermann neben negativem Blutwassermann zu beweisen, doch wurde dieser Fall nie beobachtet. Die normale Synovia erwies sich außer für Wassermannreagine auch für Gallenfarbstoffe bei Ikterus und für per os verabfolgte Farbstoffe wie Uranin durchlässig. E. Levin-Berlin.

Über Komplementkonservierung durch Trocknung, von H. Königsfeld-Freiburg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1923, Bd. 99, S. 162—171.) Vermittels eines von Straub und Gaede konstruierten Apparates gelingt es, Komplement in einer für die Praxis dauernd haltbaren Form schnell und leicht zu konservieren. Das Komplement ist gegenüber Wärme und Licht außerordentlich widerstandsfähig und war noch nach einem Jahre voll wirksam. Auch nach seiner Wiederauflösung bleibt das Trockenkomplement noch tagelang wirksam. (Fabrikmäßige Herstellung durch das Pharmazeutische Institut Ludwig Wilhelm Gans A.-G., Oberursel i. Taunus.) B. Peiser-Berlin.

Über die Aktivmethode der Meinickeschen Trübungsreaktion (MTR), von G. Elkeles, Untersuchungsamt Charlottenburg. (M. Kl., 1923, Nr. 41, S. 1368—1369.) Durch die Reaktion wurden mit der von Meinicke empfohlenen Technik im allgemeinen nur die stark und mittelstark wassermann-positiven Fälle erfaßt. Die Sedimentierung der Flocken wurde als spezifischer Vorgang syphilitischer Sera erkannt und daher die Ablesung der Trübung durch die Ablesung der Sedimentierung ergänzt. Die WR ist ohne Not nicht durch die MTR zu ersetzen, beide sind zu kombinieren. Bei Kuppenablesung ist die MTR ebenso zuverlässig, nicht unerheblich schärfer, unvergleichlich einfacher und billiger als die WR. E. Levin-Berlin.

Zur Technik der Bruckschen Reaktion (BR) bei Syphilis, von C. Bruck-Altona. (Kl. W., 1923, Nr. 37/38, S. 1755.) Durch eine Modifikation seiner Methode — Benutzung von gewöhnlichem Menschenherzextrakt und 10% Kochsalzlösung — ist es dem Verf. gelungen, auch ohne Zentrifugieren brauchbare Resultate zu erhalten, bei denen allerdings gegenüber der Zentrifugiermethode der Vorteil des sofortigen Ablesens fortfällt. An Tausenden von Fällen hat sich die BR-Methode bisher dem Verf. bestens bewährt. E. Langer-Berlin.

Der Wert der Kahnschen Fällungsprobe bei der Syphilis (The Value of the Kahn Precipitation Test for Syphilis), von H. K. Detweiler-Toronto. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, Nr. 10, S. 815—816.) In 1540 Fällen wurden Paralleluntersuchungen zwischen der Wassermannschen und der Kahnschen Methode angestellt mit dem Ergebnis von 94,2% Übereinstimmung. Die in einer Tabelle zusammengestellte Analyse der Fälle ergab, daß die WR in 447 sicher syphilitischen Fällen positiv war, während die Kahn-Methode 414 positive zeigte. Bei schon behandelten oder Frühfällen von Syphilis war die WR in 19 Fällen negativ, die Kahnsche in 39. Bei nichtsyphilitischen Fällen bestand völlige Übereinstimmung im negativen Ausfall beider Methoden. Die Kahnsche Probe versagte mitunter bei behandelter Syphilis, primärer Syphilis im Anfang und bei zerebrospinaler Syphilis. Dennoch betont Verf. den besonderen Wert der Kahnschen Probe, da sie oft das Resultat der WR bestätigt und leicht ausführbar ist. F. Quasig-Hamburg.

Über die Übereinstimmung der Reaktion von Gaté und Papacostas und die Wassermann-Reaktion in der Serodiagnose der Syphilis, von Italo Levi. (Riforma med., 1923, Nr. 34.) Es wurden im ganzen 102 Fälle untersucht und dabei eine Übereinstimmung zwischen der Reaktion von Gaté und Papacostas und der WR in

Digitized by Google

63 Fällen gefunden, und zwar war die WR bei manifester Syphilis in 100%, die von Gaté und Papacostas in 70% der Fälle positiv. Bei latenter Syphilis war die WR in 35% der Fälle, die von Gaté nur in 5% positiv. Die letztere Reaktion zeigte sich außerdem für Syphilis nicht spezifisch, denn von 32 sicher nichtsyphilitischen Fällen (sie litten an anderen Krankheiten) erwies sich die Reaktion von Gaté und Papacostas 9mal positiv, während die WR stets negativ ausfiel. In 4 Fällen von Typhus und Paratyphus fiel sie positiv aus. Verf. glaubt, daß die Reaktion nach Gaté und Papacostas für Syphilis nicht spezifisch und unbrauchbar sei. E. Freund-Triest.

e. Therapie.

Die experimentellen Grundlagen der persönlichen Syphilisprophylaxe (Prüfungsmethoden), von W. Worms-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 40, S. 1335—1338.) Von einem wirksamen Prophylaktikum muß verlangt werden, daß es auch noch bei Anwendung einige Zeit — mindestens 2 Stunden — nach dem Verkehr wirkt. Als einwandfrei erprobte Methoden für Prüfung der Brauchbarkeit werden betrachtet: 1. Dunkelfeldbeobachtung der direkten Einwirkung des Mittels auf Syphilisspirochäten zwischen Deckglas und Objektträger; Spirochäten und Prophylaktikum müssen hier so zusammengebracht werden, daß neben einer mittleren Zone der Vermischung seitlich nicht ergriffene Spirochäten zum Vergleiche bleiben. Die Metschnikoffsche Kalomelsalbe versagte hierbei. 2. Beobachtung der 24stündigen Einwirkung des Mittels auf die Spirochaeta pallida eines menschlichen oder tierischen Syphiloms, in dem zunächst reichlich gut bewegliche Spirochäten festgestellt sind. Nach 24 Stunden Sekretabnahme aus den oberflächlichen Partien mit Pasteurscher Pipette. Gegenüber vielen unwirksamen Präparaten zeigte sich hierbei wirksam die Chininsalbe aus dem „Duanti"-Besteck Schereschewskys. 3. Tierexperimente, Übertragung der originären Kaninchensyphililis durch den Geschlechtsakt; auch hierbei bewährte sich die Chininsalbe, auch wenn dem gesunden Partner vor dem Verkehr Rbagaden angelegt wurden. Immunität wurde durch nachträgliche Infektion ausgeschlossen. Als Ersatzmethode wurde die auf dem Schutze weißer Mäuse vor der Rekurrensinfektion beruhende empfohlen, wobei die Wirksamkeit gegen Rekurrens ohne weiteres auf Syphilis übertragen wurde; abgesehen hiervon erscheint die Methode auch ihrer ganzen Anordnung nach als unbrauchbar. E. Levin-Berlin.

Erfolge bei der Syphilisbehandlung (Results in the Treatment of Syphilis), von F. L. Taylor-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 5, S. 281—283.) Übersicht über eine größere Serie kombiniert behandelter und genügend lange beobachteter Fälle. Von Heilung wird gesprochen, wenn die WR in einem längeren Zeitraume mehrmals negativ war. Als geheilt bzw. wahrscheinlich geheilt werden bezeichnet von den sekundären Fällen 75%, von den tertiären 56,8%, von den kongenitalen 33,3%. E. Levin-Berlin.

Wirkungsweise des Wismuts bei Trypanosomen- und Spirochätenkrankheiten, (Mode d'action du bismuth dans les trypanosomiases et les spirilloses), von C. Levaditi und S. Nicolau-Paris. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des Sciences, 1923, Bd. 176, S. 1189.) Levaditi und Yamanouchi haben gezeigt (1908), daß das Atoxyl in vitro nicht imstande ist, Trypanosomen abzutöten, daß dies aber möglich ist durch Zusatz von frischem Leberextrakt bei 37°. Der dabei entstehende wirksame Stoff wird als „Trypanoxyl" bezeichnet. Auf gleiche Weise haben Verff. auch das Wismut untersucht und ein ähnliches Verhalten wie beim Atoxyl gefunden: Mischt man eine Lösung von Kalium-Natrium-Wismuttartrat (1 : 100) mit dem gleichen Volumen Kaninchenleberextrakt, das in isotonischer Kochsalzlösung fein verrieben wurde, und hält diese Mischung 3—4 Stunden bei 37°, so zeigt sich, daß bei Zusatz von Trypanosomen (Nagana) oder Spirochäten (Sp. Gallinarum) nach 1½stündiger Einwirkung im Brutschrank zuerst eine

Digitized by Google

Immobilisierung, bald darauf ein Absterben der Parasiten eintritt, während in der Wismutkontrollösung, der kein Leberextrakt zugesetzt ist, die Parasiten vollständig beweglich geblieben sind; auch Leberextrakt allein, ohne Wismut, ist unwirksam. Der Leberextrakt verwandelt also das in vitro inaktive Wismut in ein stark parasitizides Derivat desselben. Dieses „Bismoxyl" genannte Derivat entsteht auch bei Zusatz von Niere, Lunge, Nebenniere, Ovarium, Gehirn und Muskel von Kaninchen. Dagegen besitzt Blut, Blutserum, Eiweiß und Eigelb nicht diese Eigenschaft. Leber von Hühnern, Meerschweinchen, Ratten, Pferden, Schafen und Kälbern wirken auch aktivierend. Über die Natur dieses Stoffes, der in den meisten Organextrakten enthalten ist, ist nur soviel bekannt, daß er gegen Hitze beständig ist. Das Bismoxyl entspricht in der Reihe der Wismutverbindungen dem Trypanotoxyl der Arsenreihe mit dem Unterschiede, daß, während letzteres nur auf Trypanosomen in vitro wirkt, das Bismoxyl seine zerstörende Wirkung in gleicher Weise auf Trypanosomen und Spirochäten entfaltet. Dieser Unterschied in der spirilloziden Wirkung macht das Wismut dem Arsen überlegen. Auch andere lösliche und unlösliche Wismutverbindungen können in Bimoxyl übergeführt werden. Die Menge des gebildeten Bismoxyls hängt ab von der Natur des Salzes und der Extraktmenge, nicht von der Konzentration der Wismutmischung. Bei der Bildung des parasitiziden Derivates spielen Zellproteine eine große Rolle. Das wird dadurch bewiesen, daß das aus dem Extrakt rein darstellbare Eiweißpräzipitat seine spirochätizide Wirkung unverändert beibehält, ebenso die durch Dialysierverfahren gewonnenen Eiweißstoffe, trotzdem keine Spur von Wismut mehr im Dialysat vorhanden ist. Diese Zellproteine bilden nun, analog dem „toxalbumine arsenicale", ein „toxalbumine bismuthée". Dessen spirochätoxische Eigenschaft wird durch Erhitzen auf 90° abgeschwächt und verliert seine Wirkung bei 100° nach 10 Minuten. Diese in gleicher Weise auch mit Atoxyl und Antimon früher ausgeführten Versuche zeigen, daß die therapeutische Wirkung der Metallsalze aus der Arsen-, Antimon- und Wismutgruppe im Organismus erst zustande kommt, nachdem sie im Organismus tiefgreifende Umwandlungen erfahren haben, die ihnen neue Eigenschaften verleihen. Dabei scheinen die Zellproteine eine hervorragende Rolle zu spielen. B. Peiser-Berlin.

Die Wismutbehandlung der Syphilis, von J. Citron, Charité Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 38/39, S. 1279—1283.) Nach einem Überblick über die Entwicklung der Wismutbehandlung der Syphilis wird ein Bericht über eigene Erfahrungen gegeben; sie stützen sich im wesentlichen auf Versuche mit Spirobismol, einer Kombination von Natriumkaliumbismutyltartrat (im Prinzip dem Trepol entsprechend) und Wismutchininjodid (dem Quinby nahestehend). Behandelt wurden hauptsächlich Fälle, in denen Salvarsan- bzw. Quecksilberbehandlung geringe Erfolge versprach; es zeigte sich gute Verträglichkeit (auch trotz zweifelloser Leberschädigung sowie bei Fortsetzung der Kur trotz starker Albuminurie, die sogar bedeutend zurückging), gute Einwirkung auf die WR (bei alter Mesaortitis, Taboparalyse, bisher unbehandelter alter Syphilis), gute symptomatische Einwirkung (starke Kopfschmerzen, dyspnoische Beschwerden bei Aortenaneurysma oder Mediastinaltumor). Die WR wird gewöhnlich erst allmählich nach Schluß der Behandlung negativ, das Prinzip, bis zu ihrem völligen Schwinden zu behandeln, kann also mit 4—6wöchiger Behandlung erreicht werden, auch wenn an deren Schluß noch positive Reaktion besteht. Die Giftwirkung kann bei zweckmäßiger Anwendungsart und Beobachtung ausgeschaltet werden. In der Behandlung der viszeralen Syphilis und in der Wirkung auf den Liquor cerebrospinalis übertreffen die Ergebnisse der Spirobismolbehandlung die Erfolge der Salvarsantherapie. E. Levin-Berlin.

Die antikoagulierende Wirkung der Arsenobenzole auf das Blut (The Anticoagulating Action of the Arsenobenzols on Blood), von Th. Anwyl-Davies und J. Mel-

Digitized by Google

LANBY-London. (Lancet, 1923, Nr. 5290, S. 555.) Verff. fanden im allgemeinen mit ihren eigenen die früheren Versuche von FLANDIN und FRANCK bestätigt: einige Arsenobenzole (Neosalvarsan, Sulfarsenol, Novarsenobillon), in 0,1%iger Lösung dem Blute zugesetzt, verhindern dessen Gerinnung. Diese Wirkung beruht auf dem direkten Einfluß des Arsenobenzols auf das Fibrinogen, wahrscheinlich direkter Kombinierung mit demselben, und zwar hängt diese von der Organgruppe ab, da Arsenoxyd keine Wirkung auf die Koagulationsfähigkeit des Blutes hat oder Arsenobenzol, mit Glukose vermischt (Stabilarsan) Gerinnung des Blutes nicht hindert. Arsenobenzol hindert sowohl in vitro wie in vivo die Blutgerinnung, aber im Tierkörper geht diese Verhinderung nach einer Stunde wieder vorüber, was wahrscheinlich mit dem Übergang der Arsenobenzole in die Gewebe zusammenhängt. Therapeutische Dosen der verschiedenen Salvarsanpräparate, intravenös Männern oder Frauen injiziert, haben praktisch keinen Einfluß auf die Gerinnbarkeit des Blutes, da diese Mengen weit unter das Minimum fallen, das zur Blutgerinnung erforderlich ist. Weiterhin scheinen die Arsenobenzole im Blute sich nicht anzuhäufen und dadurch dessen Gerinnbarkeit zu bewirken, da selbst nach lange fortgesetzten Kuren die Gerinnbarkeit des Blutes normal bleibt. Vorhergehende Salvarsanbehandlung bildet daher vom Standpunkt der Blutgerinnbarkeit aus keinerlei ernstliche Gegenanzeige, wenn chirurgische Operationen in Frage kommen.

M. Stern-München.

Über einen seltenen Fall von Nebenerscheinung nach Arsenobenzol (Un raro accidente da arsenobenzolo), von BERTACCINI, Klinik von RADAELI-Genua. (Il Policlinico, Sez. prat., 1923, Nr. 22.) In der Klinik RADAELIS wurden in schneller Aufeinanderfolge 5 Fälle von recht unangenehmen Erscheinungen nach endovenösen Injektionen von Neosalvarsan beobachtet. Regelmäßig 20 Minuten nach der Injektion von 0,6, nachdem bereits vorher 0,15—0,3—0,45 anstandslos vertragen worden waren, trat auf den Händen und Vorderarmen, Unterschenkeln, Fußrücken und Knöchelgegend bei normaler Temperatur ein hartes Ödem mit leichter Zyanose auf. Sonst keine objektiven oder subjektiven Symptome. Die Erscheinungen schwanden in einigen Stunden auf 1 mg Adrenalin. Die angewendeten Fiolen gehörten alle derselben Serie an. Es ist aber hervorzuheben, daß von derselben Serie 17 andere Patienten anstandslos behandelt worden waren. Verf. weist auf die Seltenheit dieses Syndroms hin, das bisher nur von BARQUES beobachtet und „lokalisierte nitritoide Krise" benannt worden ist, welchen Namen Verf. akzeptiert. Er nimmt an, daß eine besonders spezielle Eigentümlichkeit der Kranken an diesem Phänomen schuld sei.

E. Freund-Triest.

Quantitative Untersuchungen bei Syphilis unter klinischen und biologischen Gesichtspunkten (Quantitative Studies in Syphilis from a Clinical and Biological Point of View), von J. A. FORDYCE, ROSEN u. C. N. MYERS-New York. I. Teil: Analytische Methoden (Am. J. m. sc., 1922, Nr. 4, S. 492—513). II. Teil: Normales Arsen (Arch. Int. Med., 1923, Bd. 31, S. 739—757). Verff. unternehmen es, in groß angelegten Versuchsreihen die Arsenspeicherung und Ausscheidung des menschlichen Körpers unter den verschiedensten Bedingungen zu erforschen. Die zu behandelnden Probleme betreffen den Arsengehalt der Körperflüssigkeiten Blut, Urin, Liquor, Muttermilch im Normalzustand, in den verschiedenen Intervallen nach therapeutischer Arsenzufuhr in Form der verschiedenen antisyphilitischen Präparate in allen Stadien des Krankheitsprozesses. Auch etwaige Beziehungen zwischen Arsengehalt und dem Ausfall der gebräuchlichen Seroreaktionen sollen erkundet werden. Als am zuverlässigsten haben sich die GUTZEIT- und MARSH-BERZELIUS-Methode erwiesen. Im zweiten Teil werden zunächst die normalen Verhältnisse einer Nachprüfung unterzogen. An 200 Versuchspersonen, deren Blut, Urin, Haar usw. untersucht wurden, konnte nachgewiesen werden, daß das Vor-

Digitized by Google

handensein von Arsen in hohem Maße abhängig ist von der Nahrungsaufnahme und Lebensweise, es fehlt bei einer Diät, die nur aus Kohlehydraten, Vegetabilien und Fleisch besteht und findet sich häufig bei Personen, die arsenikhaltige Mittel eingenommen oder in Salbenform gegen Hautleiden angewandt haben, fast immer aber nach intravenöser Zufuhr. Unter den gegebenen Umständen ist daher das Vorhandensein von Arsen in geringer Menge im menschlichen Körper als normal zu betrachten, in größerer Menge muß es immer Verdacht erregen. M. Gumpert-Berlin.

Die intravenöse Anwendung des Jods (The Intravenous Administration of Iodides), von F. J. Farnell-Providence, R. I. (New York m. J., 1923, Bd, 118, Nr. 5, S. 290 bis 291.) Die intravenöse Anwendung des Jods (10% hypertonische Lösung von Jodnatrium) ist der oralen überlegen. Bei Syphilis wird die Methode für Fälle empfohlen, die auf intravenöse Salvarsanbehandlung und Jod innerlich nicht genügend reagieren, sowie besonders für die (der Ansicht des Verf. nach auf Syphilis beruhende) Alopezia areata und Erscheinungen an Knochen und Periost. E. Levin-Berlin.

Blennorrhoe.

Pathologie und Klinik.

Chronischer Tripper der Prostata und der Samenblasen (Chronic Gonorrhea of the Prostate and Seminal Vesicles). von W. H. Morton-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 5. S. 294). Als chronisch werden Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen bezeichnet. Kurzer Überblick, der nur Bekanntes enthält.

E. Levin-Berlin.

Therapie.

Moderne Gonorrhoebehandlung beim Manne, von A. Perutz-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1576.) Fortsetzung eines in der Nr. 34/35 erschienenen Aufsatzes. Es wird die übliche Gonorrhoetherapie besprochen, ohne im allgemeinen Neues zu bringen. Nur auf einen Punkt sei besonders aufmerksam gemacht: Verf. benutzt für das ganz akute Stadium der Genorrhoe nicht sofort, wie allgemein sonst üblich, Silberpräparate, sondern gibt hier eine 1%ige Emulsion von Oleum Santali oder Aqua foeniculi, dem er 1/4% Zinc. sulfocarbolic. und 1/8% Resorzin zusetzt. Allerdings reicht die letztere Lösung in ihrer Wirksamkeit nicht an das Ol. Santali heran, das in dieser Periode der Gonorrhoe bei lokaler Injektion infolge seiner schmerzlindernden, sekretionshemmenden und krampflösenden Wirkung gut vertragen wird und gute Erfolge zeitigt.

E. Langer-Berlin.

Eine neue Methode der Tripperbehandlung mit infrarotem Licht (Neisserian Infection Treated by a New Modality, Infrared Light), von W. D. Chesney-Chicago. (New York m. J., 1923, Bd. 118, Nr. 5, S. 300—301.) Zugrunde liegen die Erfahrungen der günstigen Einwirkung höherer Temperaturen auf den Tripper, wie sie sich auch bei zufälligem Hinzutreten von anderen mit Fieber einhergehenden Erkrankungen zeigen. Die infraroten Strahlen besitzen die Fähigkeit, eine tiefe Hyperämie zu bewirken. Beschreibung verschiedener für ihre Anwendung beim Tripper und seinen Komplikationen bestimmter Apparate. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Acarus bei von einem Hunde infizierten Menschen, Whitfield 1188.
— männlicher und weiblicher aus demselben Gange, Gray 1189.
Achorion Quinckeanum, Allergie, Martenstein 988.
Acne bei einem Kinde, Beatty u. Biggen 1345.
— Finsenbehandlung, Kissmeyer 1178.
— occupationis, Krüger 1435.
— scrofulosorum, Gray 1446.
Acrodermatitis atrophicans u. Melanodermie, Jordan u. Romeikowa 1479.
— — — Sklerodermie, Wise 1278.
Adenoma sebaceum, Bunch 1189.
— — Minami 1062.
Adipositas dolorosa, Curschmann 1276.
Ätiologie unbekannt, Haase 1451.
Affen, Hautkrankheiten, Weidman 1005.
Agranulozytosen, Leon 1365.
Alopecia areata, basaler Metabolismus, Lévy-Franckel, Juster u. van Bogaert 1238.
— — endokrin-sympathischer Ursprung, Lévy-Franckel u. Juster 1037.
— — Nagelveränderungen bei, Stein 935.
— keratotica tuberculosa, Minami 1156.
Alopezie, Epidemie, Semon 1446.
— und Poliosis der Augenlider, Posey 1280.
Amyloidose der Haut, Gutmann 1153.
— — — Juliusberg 1479.
Anaphylaktischer Chok, Sumner 1068.
Andriol-Wismut, Lamprecht 931.
Anetodermie, Nobl 1474.
Angina Plaut-Vincent, Trypaflavin bei, Buschmann 1111.
Angiokeratom, Hecht 987.
— Heuck 931.
Angiolupoid, Pokorny 1156.
Angiom, Radiumbehandlung, Kumer 1456.
— tuberöses, Pautrier 1219.
Angioneurotischer Symptomenkomplex, Gonin 1011.
Angiospastische Schmerzzustände, Nervenvereisung, Läwen 1457.
Ansteckung gesunder Zellen durch kranke, Frey 1070.
Antikonzeptionelle Schutzmittel, Luda 1045.
Anurie infolge Sublimatspülung, Outerbridge 1021.
— Behandlung, Eliot 1349.
— Reflex-, Neuwirt 1021.
Aolan, Schwenter 1247.
Aplasia cutis congenita, Oppenheim 1475.
— moniliformis, Strandberg 1178.
Argyrie, Randak 1439.
— Myers 1337.
Arsen, Neuritis, medikamentöse, Scharfetter 1249.
Asociacón de Urologia 1136.
Aspermie, relative, Huhner 1019.
Association française d'Urologie 1048.
Asthma durch Hunde- und Katzenhaare, Brown 1245.
Atrophia cutis am Kopf, Oppenheim 1474.
Atrophie, fleckförmige, syphilitische, Pardo-Castello 1007.
— idiopathische, Arndt 879.
— — fortschreitende, Pasini 1216.
Atrophodermia vermicularis des Kinns, Spillmann 1042.
Autohämotherapie, Lortat-Jacob u. Legrain 1074.
— Schädigungen bei, Moutier u. Rachet 1248.

Bakteriologisches Taschenbuch, Abel-Olsen 1091.
Balanitis erosiva und gangraenosa, Brams u. Pilot 1007.
— erosive und gangränöse, Scherber 994, 1190, 1415.
Bartholinische Drüse, Zysten, Barnett 1344.
*Becken, chronische Bindegewebsentzündung, Reif 1086.
Beratungsstelle, Mannheimer, Loeb 1416.
— — Schmidt 1449.
Beratungsstellen, Berechtigung der, Görl 1416.

Digitized by Google

Blasenartige Hauterkrankungen, Stümpke 1274.
Blastomykose der Haut, Hagiwara 1063.
— Herxheimer u. Bürkmann 986.
— Justus 935.
Blennosan, Bodländer 991.
Blut, Gerinnungsfähigkeit nach Arsphenamin, Oliver u. Douglas 1008.
Blutchemie in der Dermatologie, Pulay 1270.
Blutchemische Arbeiten E. Pulays, Urbach 1072.
Blutregeneration anämisierter Mäuse im Dunkeln, im Licht und unter Höhensonne, Hobert 1252.
Blutungen der Haut bei einem Kinde, Neuhaus 1252.
Blutungen, gynäkologische, Milzbestrahlung gegen, Nürnberger 1023.
Bordelle, Aufhebung, Schwink 1449.
— Sanierung der Pariser, Bizard 1090.
Bowensche Dermatose, Ducrey 1366.
Bromexanthem, Wile 1445.
— durch plazentare Übertragung, Castello 1182.
— Rusch 1474.
Bromo- und Jododerma, Parkes Weber 1010.

Cellulitis, rezidivierende, Adamson 1188.
Chalasodermia und fibröse Knötchen, Weber 1213.
Cheiropompholyx mit vermehrtem Blutzucker, Krüger 902.
Chloasma uterinum, Abbauvermögen gegenüber Nebenniere, Fischl 1154.
Cholesteringehalt, WR mit Serum mit, Thalheimer u. Hogan 1007.
Chorionepitheliom beim Manne, Hörnicke 1110.
Colliculus seminalis und Sexualneurose, Browdy 1015.
Combustin, Stahl 1073.
*Creeping Disease in Stuttgart, Schaumberger u. Tannhauser 1165.
Cutis verticis gyrata, Hannay 1189.
— — — Hudelo u. Richon 1239.
Cystitis, Behandlung, Hohlweg 1013.
— — Schottmüller 996, 1014.
— bei Kindern, Hirst 1014.

Dariersche Krankheit, Escher 1059.
— — in drei Generationen, Brünauer 934.
Dauerkatheterhalter, Lenz 1015.
Degeneratio genitosclerodermica, Guerrichio 1365.
Dermatitis durch gefärbten Pelz, Semon 1074.
— — gefärbtes Papier, Rowell 1008.
— dysmenorrhoica symmetrica, Jordan u. Selitzki 1099.
Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica, Polland 1153.
*— exfoliativa, Wohlstein 1327.
— Fieber bei, Jacoby 964.
— herpetiformis, Porias 1436.
— — Jodempfindlichkeit bei, Spitzer 989.
— repens, Barber 1445.
— verrucosa (Anthony), Ishimaru 1340.
Dermatologische Gegenwartsfragen, Grütz 1356.
Dermatomykosen in Madagaskar, Fontoynont u. Boucher 1178, 1179.
— — Porto Rico, Carrion 1182.
— Prophylaxe, Rosenstein 1280.
Dermatomyositis, Joachim 1006.
Dermatoskopie, Dittrich 990.
— Saphier 1185.
Dermatosyphilidologie in Wissenschaft und Leben, Capelli 1214.
Dermographie, hämoklasische Verteilungsleukozytosen nach, Worms 1245.
Dermoreaktionen, v. Gröer 1244.
Diagnose, Fall zur, Barber 1189.
— — — Kren 1475.
— — — Mac Cormac 1061, 1189.
— — — Spitzer 902.
— — — Whitfield 1188.
— — — Williams 1188.
— der Hautkrankheiten in Klinik und Laboratorium, Thibierge 1217.
— in der Dermatologie, drei Richtlinien, Darier 1042.
Diagnostik, dermatologische, Joseph 1072.
Diathermie bei malignen Neubildungen, Patterson 1278.
*Diphtherie der Haut, Lenz 1116.
— — — Little 1189.
— Wund-, Landau 1095.
— — Uhlhorn 1095.
Diphtheriebazillen in Wunden, Kisskalt u. Anschütz 1273.
— — — Landau 1273.
Diphtherieserum, Hautnekrose nach, Hegler 1068.
Drüsenschwellung bei Infektionen, Mayo 1071.
Dupuytrensche Kontraktur, Ätiologie, Schubert 1109.
Dysidrosis, Rajka 1158.
— antisyphilitische Behandlung, Sicoli 1240.
— sicca lamellosa, Porosz 1214.
Dysthyreosis cutis, Bogrow u. Krupnikow 1276.
Dysurie bei Frauen, White 1212.

Echinokokkenkrankheit, serologische, Blumenthal u. Unger 1135.
Ectopia vesicae, Brattström 1015.
Eczema marginatum, Rasch 1176.
— — in Japan, Ota u. Kawasaki 1062.

Digitized by Google

Eczema mycoticum der Fußsohlen, Kumer 1477.
Eigenharnreaktion, v. Friedrich u. László 1284.
— Georgi 851.
— Kipfer 851.
— Schünemann 1284.
— bei Dermatosen, Frey 1158.
Einschlußkrankheiten, Lipschütz 1458.
Eiweißprobe, Kaufmann 1022.
Eiweißsensibilisierung, Gould 1068.
— bei Kindern, O'Keefe 1245.
Ektebin, Kremer 1371.
Ektodermosen, neurotrope, Levaditi u. Nicolau 1369.
Ekzem, Jadassohn 926.
— Abgrenzung von verwandten Krankheiten, Riecke 925.
— Ätiologie und Pathologie, Bloch 924.
— — — — Kreibich 923.
— Arsen-Jonoid gegen, Lacapère 1041.
— bei Gicht, Arndt 879.
— Ca- und K-Gehalt des Blutserums, Urbach u. Simhandl 1363.
— der Kinder, diätetische Erwägungen, Gerstley 1273.
— — — Steinkohlenteer bei, Feer 1460.
— — Kopfhaut, zu Alopezie führend, Sabouraud 1096.
— — Lippe, Abimélech 1011.
— — Säuglinge, Pankreasextrakt gegen, Cheinisse 1362.
— Desensibilisation, Sachs 927.
— Erwachsene und Säuglinge, Tachau 926.
— Finsenbehandlung, Lomholt 1177.
— Lymphzirkulation, Šamberger 926.
— Magen-Darmtrakt bei, Urbach 985.
— Mineralstoffwechsel, Luithlen 926.
— Natur, Jaeger 1012.
*— Röntgentherapie, Fuhs 1313.
— Sensibilisierung und Desensibilisierung, Jadassohn 1459.
— Therapie, Pinkus 925.
— und Amenorrhoe, Lortat-Jacob u. Legrain 1038.
— — Impetigo, Hammer 926.
Elastische Fasern, Biologie, Ludwig 1450.
— — Verwechslung mit Myzelfäden, Pels u. Bayne-Jones 1183.
Elektrischer Starkstrom, Hautveränderungen, Mierenet 1272.
— — Spuren in der Haut, Riehl 928, 1362.
Elektromagnetische Schwingungen, Theilhaber 1454.
Elephantiasis der unteren Extremität, Giordano 1361.
— durch Oncocerca volvulus, Ouzilleau 1109.
— hereditaria, Reich 1361.
— nostras in Beziehung zu Trophödem und Milroys Krankheit, Weber 1184.
Endokrino-Sympathikussystem und Hautleiden, Lévy-Franckel u. Juster 1277.
Endoskopie, vesikale, Phélip 1413.
Energie-Stoffwechsel in der Dermatologie, Pulay 1277.
Entzündung, Geßler 1245.
Enuresis, Behandlung, Ochsenius 996.
— im Kindesalter, Rietschel 996.
— nocturna, Fischer 996.
— — Thermopenetration, v. Büben 1191.
Epidermis, Bau, Frieboes 1356.
— und Kutis, Art der Verbindung, Kogoj 1479.
*Epidermolysis bullosa, Histologie, Hodara u. Behdjet 1288.
— Statistisches, Siemens 1395.
Epidermomykosen der Hände, Zingale 1342.
Epididymektomie bei Senilität, Sand 1447.
Epididymis, Zysten, Ward 1019.
Epididymitis non gonorrhoica, Winckler 1019.
— nicht spezifische, Schuhmacher 990.
*Epithelan, Friedländer 1295.
Epitheliomatose nach Brustkrebs, Spillmann 1043.
Epitheliom der Augenlider, Culver 1088.
— des Ohrläppchens, Montgomery u. Culver 1007.
— nach Trauma, Hickel u. Oberling 1059.
— pagetoides, Eliascheff 1338.
Epithelioma adenoides cysticum mit Zylindromen, Biberstein 990.
Epitheliosis acneiformis, Planner u. Straßberg 986.
Erbliche Krankheiten, Geschlechtsabhängigkeit, Siemens 1224.
Erblichkeitslehre und Rassenhygiene, Baur, Fischer u. Lenz 1480.
Eruptionsfieber, Filippelli 845.
Erysipel beim Säugling, Schliepe 1363.
— gangränöses, Hatai 1340.
— Reizvakzine gegen, Koch 1363.
— rezidivierendes, McDonagh 1189.
Erysipeloid, Diemer 1274.
Erythem des Gesichtes, Gray 1188.
— hämorrhagisch-toxisches, Lipschütz 1439.
Erythema centrifugum, Sklarz 878.
— chronicum migrans, Lipschütz 1395.
— induratum, Bruhns 959.
— — Spitzer 902.
— — neben Lues, Sachs 902.
— multiforme, Brünauer 987.
— — Katz 1209.
— — Porias 1436.
— — Randak 1477.
— nodosum, Antistreptokokkenserum gegen, Carler 1361.
— — bei Kindern, Comby 1094.

Digitized by Google

Erythema nodosum, Blutbild, Hoyer 1094.
— — familiäres, Woringer 1094.
— — im Wochenbett, Gueissaz 1094.
Erytheme, vagosympathisches Gleichgewicht, Laurent 1039.
Erythrodermia desquamativa, Brun-Payerne u. Perrier 1097.
— — Leiner, Grön 1177.
Erythrodermie, exfoliierende, im Kindesalter, Polland 1153.
— ichthyosiforme, Arndt 879.
— — Quattrini 1216.
— nach Drüsenerkrankung, Lortat-Jacob u. Solente 1239.
— pityriasique en plaques disseminées, Katz 1209.
— — — — — Kren 1434.
— prämykotische, Barber 1189.
Eucerin und Lanolin, Lifschütz 1248.

Favus, Fuhs 1417.
— capitis, Fuhs 901.
— der Nägel, Arzt 903.
Fettsäure, Färbung durch Kresofuchsin, Mori 1340.
Fibrolipom der großen Schamlippe, Lovelace 1109.
Fibroma molluscum des Nagelbetts, Dubreuilh 1042.
— — s. auch Neurinom, Neurofibrom, Recklinghausensche Krankheit.
Fistula ani, Behandlung, Sieben 1043.
Flavizid bei Hautkrankheiten, Edelstein-Halpert 1073.
Fleckfieber, Erreger, Nattan-Larrier 845.
— Mikrobion, Bargkin u. Kritsch 1124.
— Prophylaxe, Grahe 1369.
— Virus, Kultivierung, Krontowski u. Hach 845.
— — Sparrow 845.
Fluor, Genese und Therapie, Bigler 1022.
Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi, Sachs 900.
— sclerotisans nuchae, Krüger 1435.
— ulerythematosa reticulata, Little 1189.
Follikularzysten, multiple, Komaya 1063.
Follikulitis des Kopfes, Castellani 1445.
Fortpflanzungshygiene, Hanauer 1045.
Framboësia tropica in Kalifornien, Alderson u. Col 1098.
— — Stovarsol bei, Baermann 1364.
— Keratosis palmaris et plantaris nach, Gutierrez 1444.
Fulmargin, Engel u. Beer 972.
Furunkel des Gesichts, Hofmann 1097.
— — — Behandlung, Rieder 1274.
— Histoplast bei, Hofmann 1098.
— Tebelon gegen, Shdanow u. Romeikowa 1274.
Fusospirilläre, Mundbodenphlegmone, Niedermeyer 1367.

Gangrän an Penis und Skrotum, Esau 994.
Gangräneszierende Prozesse (Agranulozytosen), Leon 1365.
Gasgangrän, Berkow u. Tolk 1275.
Gasverbrennung, Narben, Semon 1341.
Gebührenordnung, Preußische, Bornträger 1091.
*Gefärbte Strukturen in fixierten Präparaten, kritische Auswertung, v. Möllendorff 1417, 1429, 1434.
— — — — — — — Unna 1424, 1431.
Gefäßabschnitt, Eigenbewegung im peripherischsten, Schickler u. Mayer-List 1356.
Gefäßmäler, Vererbung, Henle 1397.
Gefäßreaktion und spinale Hautbezirke, lokale, Kauffmann u. Kalk 1070.
Geranium-Dermatitis, Anderson 1008.
Gerbstoffwirkung an Zellen, Handovsky u. Heubner 1359.
Geschlechtliches in der modernen Literatur, Kiernan 1089.
Geschlechtsabhängigkeit erblicher Krankheiten, Siemens 1224.
Geschlechtsbestimmung, Siemens 1047.
Geschlechtskranke in Toledo, Ohio, Klinik für, Huffer 1337.
Geschlechtskrankheiten, ärztliche Prophylaxe, Fischl 1045.
— Gesetz, Haustein 1355.
— Häufigkeit, Ssutejeff 1223.
— Hygiene, Bettmann 1241.
— in Amerika 1223.
— in der Pfalz, v. Zumbusch 1449.
— in England, Pinkus 1355.
— in Schottland, Dewar 1355.
— Italienisches Gesetz zur Bekämpfung, 1217.
— Lehrbuch, Joseph 1091.
— nach dem Kriege, Putter 1046.
— physikalische Therapie, Perl 971.
— Prophylaktikum, Schwarz 1222.
— Schutzmittel, Ditthorn u. Neumark 1449.
— — Große 1045.
— und Ehe, Waelsch 1223.
— — Krieg 1045.
— — Prostitution, Tjaden 1046.
— — Saprophytismus, Belgodère 1341.
Geschlechtsleiden, Lehrbuch, Jessner 1271.
Gewebsquellung, Gesetze der, Schade u. Meusohel 1069.
Glossodynie und Tonsillitis lingualis, Sluder 1367.
Goluthan, ein Prophylaktikum, Priesnitz 1304.
Gonokokken, chemischer Aufbau, Schumacher 927.
— Degenerationsformen, Cohn 1162.
— in einer Wunde, Juschtschenko 969.
— Kultur, Sachs-Müke 969.

Digitized by Google

Gonokokken, neuer Nährboden, Lorentz 969.
— Trockenvakzine, Buschke u. Langer 971.
— Wirkung chemischer Mittel, Jötten u. Pasch 969.
Gonokokkenimpfstoffe, Altern der, Bruck 1347.
Gonorrhoe, Abortivbehandlung mit Traubenzucker, intravenös, Scholtz u. Richter 1163.
— Abortivheilung, Schereschewski 991.
— Acykal, Bruck 1347.
— Akriflavin bei, A. J. u. M. E. Greenberger 1214.
*— akute, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Eosinophilie, Mierzecki 1101.
— Argentocystol gegen, Nagel 1347.
— Behandlung, Janet 1064.
— — Löhe 1163.
— — Perutz 1411.
— — mit Bougie nach Dannemann, Miller 1312.
— — — infrarotem Licht, Chesney 1492.
— chronische, Buschke u. Langer 970.
— — Thorium gegen, Aversenq 1348.
— Diathermie bei, Cumberbatch u. Robinson 1348.
— der Frau, Behandlung, Krebs 928.
— — — verborgene, Bizard 1311.
— — Prostata, Morton 1492.
— des Mannes, Schoenrich 1089.
— — — Wossidlo 1242.
— Gonargin intravenös, Sachweh 1411.
*— Gono-Yatren bei, Simon 973.
*— Immunisierungsvorgänge, Baumann u. Heimann 1377.
— kleiner Mädchen, Rezidive, Schlasberg 1176.
*— Komplikationen, Gono-Yatren bei, Simon 973.
— — Röntgenbehandlung, Habermann 927.
— Meningitis, Lindenfeld 971.
— metastatische, Horder 1311.
— — McDowell 1213.
— Milchinjektionen, Tausand 971.
— moderne Behandlung, Perutz 1492.
— molekulardisperse Silberlösung, v. Zumbusch 1410.
— Musterbehandlung, Harneth 1163.
— Neosilbersalvarsan gegen, Scholtz 927.
— neues Instrument gegen, Oelze 927.
— Oleum Santali, Perutz 972.
— Orchitis und Epididymitis, abszedierende, Matarasso 1241.
— Paraform und Darysal gegen, Engwer 1347.
— Prostatitis und Vesikulitis, Verhütung, Walker u. Watson 1411.
— Rektum, Calmann 970.
Gonorrhoe, Samenblasenerkrankungen, Junker 970.
— Spermatozystitis, Gayet 970.
— Stomosine gegen, Montesano 1343.
— Therapie, aussichtsreiche, Keining 992.
— Verhütung der Komplikationen, Hesse 991.
— — — — Zinsser 991.
— Vulvovaginitis kleiner Mädchen, Therapie, Müller 1164.
— wann für geheilt zu erklären, Björling 1177.
— weibliche, Alutin-Albargin gegen, Burgkhardt 993.
— — Behandlung, Arneth u. Febritias 992.
— — — Brinitzer 1348.
— — — Katz 993.
— — — Vey 1348.
— — Biersche Stauung, Löwenstein u. Schapiro 993.
— — Contramine-Pessarien gegen, Rundle 1164.
— — Diagnose und Behandlung, Asch u. Wolff 992.
— — intravenöse Behandlung, v. Rohden 993.
— — Pustsche Zelluloidkapseln, Hannen 993.
— — therapeutische Mißerfolge, Bucura 992.
— — Trockenbehandlung, Wettgasser 993.
Gonorrhoische Infektion der Niere, Dourmashkin u. Cohen 1312.
— — — — de Shivers 1312.
— Iritis, Rollet u. Colbat 1312.
— Keratokonjunktivitis, Harry 1479.
— Keratosen, Bogrow 1156.
— Keratose, Kretschmer 1163.
— — Lortat-Jacob u. Solente 1186.
— — Oelze 1440.
— — Stillians u. Zeisler 1445.
— Peritonitis, Fraulini 1216.
— Zervikalerkrankung, Kapselbehandlung, Roscher u. Gollmer 1412.
Granuloma inguinale, Gage 1006.

Haar bei Krebskranken, Zöllner 1484.
Haarausfall, Lorand 1271.
— frontaler, Stein 935.
Haare, Entwicklung, Retterer 1041.
— — Einfluß des Schneidens und Rasierens, Bulliard 1181.
— Hunde- und Katzen-, Asthma durch, Brown 1245.
Haarkleid der Säugetiere, Sokolowsky 1214.
Haarkrankheiten, Röntgentherapie, Holst 1251.
— Strahlenbehandlung, Thedering 1368.
Haarschwund, Jessner 1346.
Haarwuchsmittel nach Sabouraud 1073.

Digitized by Google

Hämaturie, Bansbach 1344.
— Crosbie 1344.
— Shropshire 1214.
Hämorrhoidalknoten, Behandlung, Bonheim 1043.
Hämorrhoiden, Injektionsbehandlung, Boas 1024.
— Konservative Behandlung, Cornreich 1024.
Hängebrust, Operation, Kraske 1361.
Harnblase, Aktinomykose, Köster 1412.
— Bilharziosis, Gruber 1350.
— Dilatation durch Verschluß des Orificium urethrae internum, Schmidt 1014.
— Divertikel, Kraft 1350.
— — Rothschild 1412.
— Divertikelkarzinom, Ikoma 1412.
— — Schwarz 1350.
— Divertikeltuberkulose, Duvergey 1447.
— Drainage mit Troikart, Hayn 1014.
— Erkrankungen, Portner 996.
— Fettsteine, Kropp 1350.
— Fremdkörper, zum Busch 1062.
— Innervation, Boeminghaus 1390.
— Inversion, Haub 1022.
— Krebs, Blavet 1448.
— — Burnam u. Walker 1450.
— — Radiumbehandlung, Buerger 1088.
— — — Kolischer u. Katz 1088.
— Luthers Steinkrankheit, Martin 1089.
— Probeexzisionen aus der, Scheele 1014.
— tabische, Corbus u. O'Conor 1015.
— Tuberkulose, Hottinger 1061.
— — bei einem Tabiker, Marshall u. Carlson 1412.
— Ulcus incrustatum, Frank u. Gruber 1350.
— Vorfall, Klauser 1022.
Harnblasenbeschwerden bei rechtsseitigem Hodentiefstand, Adler 1015.
Harnblasenerkrankungen, weibliche, Thermopenetration bei, v. Büben 1015.
Harnblasengeschwülste, Tonsillenschlinge bei, Timberlake 1212.
Harninkontinenz beim Weibe, Young 996.
Harnneurose, Legueu 994.
Harnorgane bei Beckenbrüchen, Guibal 1210.
— Staphylokokkenausscheidung durch die — geheilt durch Tonsillektomie, Picker 1021.
Harnröhre, Communicatio recto-urethralis, Gruber u. Reisinger 1348.
— Erkrankungen, Portner 971, 972.
— Ersatz von Defekten, Joseph 1190.
— Fibromyom, Michaelis 1349.
— hintere, Spritze für, Scherck u. Jost 1349.
— Karunkeln, Soiland 1089.
— Resektion, Petroff 995.
— Sekrete, Zytologie, Bizzozero 1343.
— Verletzungen, Jastram 995.
Harnröhre, weibliche, Karzinom, O'Conor 1344.
Harnröhrenstriktur, Genese und Therapie, Brack 1190.
Harnsteine, Entstehung, Nakajima 1062.
Harn- und Geschlechtswege, Desinfektionswirkung der Schwermetalle, Frank 972.
Harzdermatitis, Beinhauer 1359.
Haut, immunisatorische Fähigkeit, Moral 1357.
— Reaktionsunterschiede gefärbter und ungefärbter, Königstein 1047.
— und autonomes Nervensystem, Müller 929.
— u. Geschlechtskrankheiten, Fortschritte, Hauck 1355.
— — — Kompendium, Mulzer 1242.
— — — Repetitorium, Kromayer 1066.
— — Geschlechtsleiden, Jessner 1065.
— — Immunität, Klemperer 1067, 1244.
— — — Martenstein u. Schapiro 1245.
— — — Müller 1244.
— — vegetatives Nervensystem, Pulay 1356.
— — venerische Krankheiten, Therapie, Schaeffer 1065.
— Wasserabgabe durch Pilokarpin, Atropin und Adrenalin, Moog 1243.
— Wasserstoff-Ionenkonzentration der, Sharlit u. Scheer 1008.
Hautkrankheiten, physikalisch-chemische Serumuntersuchungen bei, Memmesheimer 1357.
— Therapie, Kren 1358.
Hautreaktionen, pharmakodynamische, von Gröer 1066.
— Hecht u. Wagner 1066.
*Headsche Zonen, Cimbal 885.
*Hefen, Wirkungen alter Kulturen pathogener, Koomaya u. Rosenbaum 1198.
Herbaseife, Jacobsberg 1359.
Herdreaktionen und vegetatives Nervensystem, Stahl 1246.
Hermaphrodismus verus alternans, Sand 1064.
— — — Schneider 1352.
Herpes, rezidivierender, Rowell 1183.
— — am Gesäß, Miliaw 1185.
— zoster, Autohämotherapie, Drouet u. Vernier 1218.
— — — Parisot u. Limonin 1218.
— — — Spillmann u. Raspillier 1218.
— — der Mundschleimhaut, Bernkopf 1209.
*— — doppelseitiger, Krösl 1267.
— — experimenteller, Teague u. Goodpasture 1362.
— — generalisatus, Parounagian und Goodman 1007.
— — mit Muskellähmung, Worster-Drought 1272.

Digitized by Google

Herpes zoster nach Influenza, Hollander 1095.
— — nach Rippenbruch, Etienne und Voirin 1218.
— — ophthalmicus, Lodge 1272.
— — und Varicella, de Lange 1095.
— — — — Mayerhofer 1362.
— — — — Roxburgh 1010.
Hidrozystom, Kenedy u. Lehner 986.
Hochfrequenztherapie narbiger Strikturen, Picard 1460.
Hoden bei akuten Infektionskrankheiten, Fraenkel u. Hartwich 1191.
— — jugendlichen Tuberkulösen, Brack 852.
— Ectopia perinealis, Gundermann 1019.
— experimentelle Untersuchungen, Haberland 1192.
— des Schimpansen, Überpflanzung auf den Menschen, Retterer u. Voronoff 1446.
— Torsion, Weitz 1191.
— Tuberkulose, Eisenstaed 1019.
— von Pleurodeles, Kolmer u. Koppanyi 1221.
Hodenpunktion an der Leiche, Mühsam 1018.
Hodentransplantation, Brandt und Lieschied 1352.
— Hammesfahr 1018.
Hodenverpflanzung, Burckhardt u. Hilgenberg 1018.
Hoden, Zwischenzellen, Frankenberger 1018.
— — Lipschütz 1414.
— — Wagner 1414.
Höhensonne, künstliche, Bach 1241.
Höhensonnenbestrahlung, parenterale Zufuhr von Blut u. Organbrei nach, Tryfus 1076.
Homosexualität, Nachmansohn 1354.
— Heilbarkeit, Rogge 1044.
Hühnereier, anaphylaktische Erscheinungen nach Genuß, Grabe 1068.
Hühnerspirillose, Urotropin gegen, Pomaret 1179.
Humagsolan, Klöverkorn 1111.
Hydronephrose bei infantiler Phimose, Raphaelson 1020.
Hydro-Pyelonephrosis calculosa, Marion 1211.
Hyperkeratosis follicularis Kyrle, Fried 1156.
Hypertrichose, Geyser 1344.
Hyperurikämie, Jeanbreau, Cristol u. Nikolitch 1209.
Hypoderma bovis beim Menschen, Galli-Valerio u. de Werra 1280.
Hypophysäre Dystrophie, Hollander 1009.

Ichthyosis, fötale, Frühinsholz, Spillmann u. Michon 1218.
Ichthyosis, Normalstoffwechsel, Krogh u. With 1177.
— ungewöhnlich lokalisierte, Semon 1341.
Ikterus bei mit Arsen behandelter Syphilis, Chargin u. Orgel 1007.
Immunodiagnostik, Citron 1219.
Impetigo contagiosa, Bakteriologie, Bommer 1479.
— — bullöse, Knowles u. Munson 1006.
— Erwachsener, Bernhart 1013.
— herpetiformis, Kapferer 1276.
Impfzwang, Gefahren der Aufhebung, Prinzing 843.
— Milderung, Kantor 844.
— und Erblindung, v. Hess 844.
— — Gewissensklausel, Gins 843.
— — — Grotjahn 843.
— — — Kantor 844.
— — — v. Liebermann 844.
Injektion, subkutane, Hautdesinfektion, Tennant 1247.
Injektionen, histologische Befunde nach medikamentösen, Hartwig 1069.
Innere Sekretion und Hautkrankheiten, Nakagawa 1063.
Intertrigomykosen, Sabouraud 1338.
Intrakutanimpfung, Leukozytensturz nach unspezifischer, E. F. Müller 1070.
— — — — Ritter 1071.
Intrakutanimpfungen, Leukozytensturz, Müller 1357.
Jod-Wismut- und Jod-Uran-Salben, Scherber 1073.
Jucken, Anfangssymptom des allergischen Choks, Klinkert 1245.

Kakodylsaures Natrium, Erythem nach, Bogrow 1359.
Kalkablagerung in der Haut, Ducasse 1006.
Kalzium in der Haut, Gans 926.
Kaninchenhaut, dunkle Flecke auf, Königstein 1160.
Kantharidinblase als Maß der Durchgangsgeschwindigkeit, Thomas u. Arnold 1357.
Kapillarbeobachtung am Lebenden, Fischl 1243.
— — — Otfr. Müller 1243.
— bei Zirkulationsstörungen, Hisinger-Jägerskiöld 1271.
Kapillarkreislauf im Höhenklima, Liebesny 1451.
— — — Lüscher 1451.
Kapillarsystem, hormonale Beeinflußbarkeit, Redisch 1365.
Karbunkel, Behandlung, Rieder 1098.
Karzinom, Strassberg 901.
— adenogelatinöses, Arzt 1478.
— auf Lupus, Rusch 1434.
— der Haut, histologische Belege für Behandlung, Gargnano 1217.

Digitized by Google

Karzinom der Haut nach Radium, Mac Neal u. Willis 1092.
— — — Vorstadien, Bruusgaard 1176.
— — Kopfhaut, Arndt 959.
— — Mundhöhle, Radium bei, Quick 1088.
— — Stirnhaut, Arzt 903.
— — Vulva, Rusch 1434.
— — weiblichen Geschlechtsorgane nach Bestrahlung, Opitz 1360.
— — Zervix, Behandlung, Schmitz 1089.
— des Gesichtes bei 21jährigem Mädchen, O'Donovan 1189.
— Experimentalforschung, Leitch 1278.
— experimentelles, Philippson 1278.
— Haar bei Krebskranken, Zöllner 1484.
— Impf-, der Maus, Wirkung der Bestrahlung auf das, Vorlaender 1250.
— und interstitielle Glossitis, Arndt 879.
— Intrakutaninjektion, Sulger 1110.
— nach Aktinomykose, v. Hedry 1111.
— — Radium, Arzt 1440.
— papilläres vegetierendes, Pautrier, Lévy u. Lanzenberg 1219.
— Röntgenwirkung, Hassencamp 1360.
— Serumtherapie, Blumenthal u. Halberstaedter 1367.
— Spindelzellen-, der Nase, Eliascheff 1219.
— Strahlenbehandlung, Experimentelles, Kok 1251.
— Teer-, Hubeny 1088.
— — experimentelles, Bloch 1279.
Karzinombestrahlung, Kok u. Vorlaender 1454.
— und Thoriumvitrol, Giedamgrotzky u. Picard 1454.
Karzinome, multiple, Arzt 1440.
Katheterismus, Saug-, Kroh 1413.
Keimdrüsen, männliche, Lipoidstoffwechsel, Klinicke 1017.
Keloid, Kohlensäureschnee bei, Spillmann u. Mouton-Chapat 1043.
— nach Verbrennung, Little 1061.
Keratodermia maculosa disseminata palmaris et plantaris, Callomon 1156.
— palmaris nach Schulterluxation, Lévy-Franckel, Juster u. Rimet 1038.
— symmetrica disseminata, Buschke u. Sklarz 935.
Keratoma dissipatum, Arzt u. Fuhs 935.
— periporale, Gans 935.
Keratose des Thenar, nach Lähmung, Lortat-Jacob, Legrain u. Lefèvre 1040.
Keratosen und Sympathikus, Lortat-Jacob 1040.
Keratosis gonorrhoica, Gibson 1010.
Kinder, Hautleiden der, Jessner 1346.
Knorpelige Neubildung am Kaninchenohr, Akatsu 1339.
Kollargolreaktion für Liquor und Harn, Freundlich 1246.
Kolloidakne, Greenbaum 1445.
Kondylome, spitze, Übertragbarkeit, Waelsch 1109.
Kopf, behaarter, feine Blutzirkulation, Versari 1356.
Kopfentlausung mit Schwefeldioxyd, Gruber 1484.
Kosmetik, Joseph 1347.
— Saalfeld 1065.
Krankheit, „vierte", Raven 1112.
Kraurosis vulvae, Halkin 1011.
Krise, hämoklasische, Mietling 1357.
Krysolgan, Schädigung durch, Büllmann 853.
— Stomatitis und Dermatitis, Schwermann 1125.
Kutanreaktionen, Histologie, Strickler u. Asnis 1006.
Kystoskopische Technik, Joseph 1448.

Lackdermatitis, Wayson 1183.
Lanolin und Eucerin, Lifschütz 1248.
Lanolinfütterung beim Kaninchen, Organveränderungen, Chuma 1071.
Leidigzelle, Brack 1191.
Leinersche Dermatitis, Grön 1177.
Leishmaniose, Bayer 205 gegen, Lindenberg 1098.
Leishmaniosis, lupusähnlich, Christopherson 1009.
Lepra, Aussatzschau in der Schweiz, Martin 845.
— Hyperostose der Tibia, Delamare 1282.
— in den Kolonien, Neveu-Lemaire 846.
— Kahnsche Reaktion, Yagle u. Kolmer 1270.
— Meinicke-Reaktion, Grshebin 846, 1125.
*— neue serologische Methode, Muchow u. Levy 1225.
— tuberkuloide, Pautrier u. Boëz 1060, 1219.
— tuberosa, Kohlensäureschnee bei, Paldrock 1156.
— und Tuberkulose, Herxheimer 1282.
— Uveitis, Schnaudigel 1369.
— WR bei, Kolmer und Denney 1183.
Leprabazillen, Entfettung durch Chaulmoograöl, Rogers 1282.
Leprom, Vitalfärbung, Chuma u. Gujo 1125.
Leptus, Schimmelpilze nach Biß von, Lynch 1008.
Leucaemia cutis, Rusch 1474.
Leuchtbild mit Farbfiltern, Hoffmann 927.
Leucoderma acquisitum centrifugum, Stokes 1008.
Leukämie der Haut, lymphatische, Rusch 1434.
Leukotropin, Ehrlich 1096.
Leukozyten, Spontanschwankungen, Glaser u. Buschmann 1246.

Digitized by Google

Leukozytensturz und Ektodermabkömmlinge, Menze 1246.
Lichen nitidus, Michelson 1182.
— — Trimble u. Maloney 1007.
— obtusus corneus, Burnier u. Rejsek 1042.
— ruber circinatus, Arndt 959.
— — follicularis, Arndt 959.
— — monileformis, Sternberg 1158.
— — planus, Arndt 958.
— — — Lamprecht 1435.
— — — Randak 903.
— — — atrophicus, Little 1189.
— — — Beginn als Erythem, Orlow 1097.
— — — bullöse Eruption, Wise u. Eller 1009.
— — — der Glans, Montgomery u. Culver 1183.
— — — des Mundes, Thibierge 1097.
— — — Milchinjektionen gegen, Kren 1476.
— — — nach Moskitostich, Bory 1187.
— — — — Salvarsan, Pautrier 1060.
— — — pigmentosus, Obermiller 988.
— sclerosus, Rebaudi 1216.
— scrofulosorum in luetico, Oppenheim 1475.
— trichophyticus, Oppenheim 1475.
— Vidal, Rusch 1474.
Lichenifikation der Genitalfalten, Pautrier u. Roederer 1059.
— Einwände gegen den Begriff, Brocq 1179.
Lichtbäder und Serumkalkspiegel, Rothman u. Callenberg 1456.
Lichtfall, Kreibich 929.
Lichttherapie, Volk 1074.
Lichtwirkung, Physiologie, Rothman 1074.
Lipofuscin, Lubarsch 1099.
Lipome, symmetrische, Day u. Hinton 1365.
Livedo mit Atrophie, Rabut, Cailliau u. Richon 1185.
— netzförmige, Rusch 1474.
— racemosa, Kerl 1474.
— — Miyake 1062.
— — Polak 1158.
— — Urbach 902.
Lupoid des Gesichtes, miliares, Pautrier u. Roederer 1060.
Lupus erythematodes, Barber 1446.
— — Gardiner 1277.
— — Little 1446.
— — Ramel 934.
— — Sibley 1214.
— — der Augenlider, Thibierge 1239.
— — — Zehen, Nobl 900.
— — disseminatus, Sibley u. Wynn 1345.
— — Krysolgan bei, Ullmann 1476.
— — lichenoider, Nathan u. Haas 985.
— — neben Sklerodaktylie, Pernet 1341.
*Lupus erythematodes, Sonderformen, Nobl 1373.
— — und Epitheliom, Bogrow 1156.
— pernio, Schaumann 1178.
— vulgaris, Adamson 1189.
— — Behandlung, Spieß 853.
— — der Haut und Schleimhaut, Arndt 879.
— — — Kopfhaut, Kumer 903.
— — — Wange, Spitzer 902.
— — Diathermie gegen, Milner 853.
— — disseminatus miliaris, Kumer 1159.
— — Elektrokoagulation 1125.
— — gebessert durch Jodkali, Mac Cormac 1189.
— — humane oder bovine Infektion, Kirchner 848, 1125.
— — Karzinom auf, Rusch 1434.
— — — — Strassberg 901.
— — Lichtbehandlung, Sequeira 1061.
*— — neue Therapie, Muchow 1113.
— — optische Eigentümlichkeit, Haxthausen 853.
— — physikalische Behandlung, Rothman 1125.
— — Radium bei, Baumgartner 1485.
— — und chirurgische Tuberkulose, With 987.
Luthers Steinkrankheit, Martin 1089.
Lymphangiektasien in Operationsnarbe, Spillmann u. Watrin 1043.
Lymphangiom, Angiom und keratotischer Nävus, Loustre u. Dauptain 1039.
Lymphangioma circumscriptum, Brünauer 986.
Lymphogranulomatose, Fraenkel u. Much 1284.
— Heissen 1367.
— Röntgenbestrahlung bei, Maoul u. Lange 1455.

Malaria, WR bei, Mc Connell 1302.
Mangan, Mc Donagh 1061.
Masern, klinische Beobachtungen, Widowitz 1281.
— neue Forschungen, Marie 844.
— Prophylaxe, Kundratitz 1281.
— — nach Degkwitz, Zimmermann 844.
*Maul- und Klauenseuche, tödlicher Fall, Fahr 1025.
Medusenstich, Aoki 1063.
Melanin, Entstehung aus Benzopyrrolen, Quattrini 1214.
Melanom beim Neger, Sutton u. Mallia 1444.
— der Unterlippe, Netherton 1445.
Melkerknoten, Pils 1439.
Metallwirkung, oligodynamische, Herzberg 1069.
Methylenblau, polychromes, zur Diagnose maligner Gewebe, Terry 1244.

Digitized by Google

Microsporon Audouini, Kultur aus Blut, Arzt u. Fuhs 1440.
Mikromethodik, Pincussen 1092.
Mikroskopierlampe für Hell- und Dunkelfeld, Rosenberg 1356.
Mikroskopische Schnitte, Aufkleben mit Wasserglas, Gottstein 1356.
Mikrosporie, Exantheme bei, Arzt u. Fuhs 1156.
— Lichen, Arzt 903.
— — Fuhs 1477.
*— Mikrosporin bei, Arzt u. Fuhs 997.
Miktionspathologie, Schwarz 996.
Milzbrandbazillus, Diagnose durch Thermopräzipitation, Bornand 1364.
*Minimaldosen in der Dermatologie, Perl 1056.
*Mischspritze, Bemerkungen, Memmesheimer 1334.
Mitigal, Schreus 1073.
Molluscum contagiosum, Cipolla 1342.
Monobromkampfer, Perutz 928.
*Muttermäler, Entstehung, Leven 873.
Mycosis fungoides, Fischer 879.
— — Little 1189.
— — Stümpke 1441.
Myome der Haut, Diss 1059.
Myxödem, Fuhs 1439.
— und Kalk, Hofmann 935.

Nägel, Dystrophie, Krüger 902.
— trophische Störungen, Rusch 900.
Naevi, Siemens 931.
— pigmentierte, präkarzinomatöse Alteration, Kaufmann-Wolf 1442.
Nävogener Tumor, maligner, Arzt 903.
Nävokarzinom des Augenlides, Watrin 1043.
Naevus anaemicus, Heuck 931.
— — Randak 901.
— linearis, Heuck 931.
— — atrophicus, Lippert 1443.
— — Radiumbehandlung, Aikins u. Harrison 1088.
— lymphangiomatosus, Stokes 1270.
— pigmentosus, dominant vererbter, Holländer 1394.
— pilosus mit Leiomyom, Stokes 1007.
— Riesen-, Meirowsky 1159.
— pseudokolloider, Montpellier u. Lacroix 1180.
Nagel, eingewachsener, Operation, Ney 1112.
Nahrungsallergie, Duke 1451.
Narbenverknöcherung, Volkmann 1278.
Neohexal, Schauke 1022.
Nephrektomie, Quénu 1353.
*Netzförmige Anordnung von Hautveränderungen, Lehner u. Kenedy 1049.
*— Hautveränderungen, Buschke 1266.
Neurazen, Ringler 1452.
Neurinoma perifolliculare, Ullmann 1436.
Neurinomatose der Harnblase, Steden 1014.
Neurodermitis, Ehrmann 926.
— um Varixknoten, Pokorny 926.
— decalvans, Kreibich 1441.
*— und Alopezie, Nobl 1320.
Neurofibrom, Dore 1341.
Neurovakzinale Gehirnentzündung, Leredde u. Nicolau 1485.
Niere, Funktionszustand der kranken, Schlayer 1020.
— Nekrose durch Thrombose, Marion 1447.
— Tuberkulose, Casper 1221.
— — Giuliani 1064.
— — Röntgendiagnose, Koehler 1089.
— Zysten-, Schäfer 1020.
Nierenbecken, Bakteriensteine 1021.
Nierenblutung, postoperative, Iianou 1211.
Nierenchirurgie, Richter 1447.
Nierendiagnose, funktionelle, Peters 1020.
Niereneiterungen, Pflaumer 1062.
— Scheele 1062.
Nierenhypoplasie und Atresia urethrae, Dieckmann 1164.
Nierentumor beim Kaninchen, Adachi 1339.
Nomaähnliche Erkrankung, Möller 1275.

Ödem, angioneurotisches, Therapie, Gerlach 1361.
Ödembereitschaft beim Säugling, Slawik 1093.
Ödemfrage, Zuelzer 1093.
Odolekzem, Jadassohn 1459.
Oleum Santali, Wirkung, Perutz u. Kofle 985.
Onanie, larvierte, Haas 1045.
Onychie bei Kaninchen, experimentelle, Haden u. Jordan 1183.
Onychogryphosis, de Lima 1179.
— Kongenitale, Sequeira 1341.
Onychomycosis oidiomycetica, Guggenheim 989.
Onycholysis semilunaris, Kleeberg 878.
Orchitis durch Torsion der Morgagnischen Hydatide, Mouchet 1352.
Orientbeule, Lambert 1098.
— Pautrier u. Eliascheff 1059.
— v. Schroetter 1364.
— Stancanelli 1215.
*— Behandlung, Vaiciuška 1285.
— der Nase, Pautrier u. Roederer 1219.
Oxydase, Reaktionen in der Haut, Keller 928.
Oxyuriasis, Schmidt 1044.
— Salvarsan gegen, Hajós 1044.
Ozaena, Ätiologie, Shiga 1111.

Pagetsche Krankheit, Spremolla 1343.
Panaritium, Klapp u. Beck 1091.
Papillen der Haut, epithelialer Ursprung, Retterer 1187.

Digitized by Google

Papillome, Martinotti 1216.
Paraffin, Gefahr bei Injektionen, Weidman 1248.
— histologische Veränderungen nach Injektionen, Hüper 1069.
Parakeratose und Leukozytose, Nishiura 991.
Paranephritischer Abszeß, Baumann 1353.
Parapsoriasis, Katz 1209.
— Kreibich 928.
— Behandlung, Rasch 1444.
Parasitäre Hautkrankheiten, v. Zumbusch 1368.
*Paraurethritis non gonorrhoica, Waelsch 1208.
Paronychie, Behandlung, Langemak 1363.
— tuberkulöse, Stokes 1183.
Pasten in der Dermatologie, Veyrières 1179.
Pedikulosis, Cuprex gegen, Hohorst und Voelkel 1280.
Pellagra, Ätiologie, Jobling u. Arnold 1099.
— Fall von, Grunenberg 1460.
— Protein und, Hindhede 1364.
Pellagratypus, Unterernährungspsychosen vom, Bonhoeffer 1276.
Pelze, Dermatitis durch, White 1213.
Pemphigus, Bakteriologisches, Eberson 1270.
— congenitalis mit Epidermiszysten, Spillmann u. Drouet 1218.
— der Mundschleimhaut, Katz 1209.
— foliaceus nach Ponndorf-Impfung, Stern 935.
— — und Trauma, Bockholt 986.
— vegetans, Ödembereitschaft, Kartamischew 1158.
— vulgaris, Kumer 903.
— — Randak 1439.
Penis bifidus, Pires 994.
— Epitheliom nach phagedänischem Schanker, Forster 1344.
— Erkrankungen, Portner 995.
Phagedänismus, Chininjektionen gegen, Buschke 1358.
Phenolsulfophthalein, Ausscheidungsindex, Milliken 1343.
Phimose, kongenitale, Moncorps 1412.
— Posthektomie, Doiteau 1211.
Phlegmone, Novoprotin bei, Schranz 1364.
— perinephritische, Delore u. Dunet 1064.
Phlogetan, Heller 99.
Photodermatoskopie, Delpiano 1217.
Phthaleinprobe, Hélouin 1415.
Pigment bei einem Melanomschimmel, Mertens 930.
— Chemismus, Lignac 1100.
— zur Frage, Brahn u. Schmidtmann 1099.
— — — Lindberg 1180, 1339.
Pigmentreaktion, kutane, v. Gröer, Stütz u. Tomaszewski 1066.
Pilzkulturen, Greenwood 1183.
Pirquetsche Reaktion, Sensibilisierung, Aronson 1283.
Pityriasis lichenoides, Davis 1341.
— — Rusch 1434.
— — Leukoderma, Krüger 1435.
— rotunda (Matsuura), Abe 1340.
— rubra pilaris, Kleeberg 878.
— — — Schleimhautveränderungen, Jordan 1154.
— versicolor, Leukoderma, Wertheim 1155.
Plaut-Vincentsche Stomatitis, Randak 1439.
Pocken, Müller 1123.
— Blut bei, Hoffmann 1368.
— Diagnose, Tièche 1123.
— Immunität, Morawetz 986.
— leichte, Garvett 1281.
— in Zürich, Leusch 1123.
— — — Naegeli 1123.
— und Varizellen, Diagnose, Wanklyn 1281.
Pockenepidemie, Silberschmidt 1369.
— in der Schweiz, Ascher 1368.
— — — — Sobernheim 844.
— — — — Tièche 1282.
Pockenimpfung auf den Philippinen, Padua 1282.
— intrakutane, Frankenstein 843.
Pockenschutzimpfung, intrakutane, Singer 1485.
Poiciloderma atrophicans, Lane 1444.
Ponndorfsche Impfung, Hassencamp 1371.
— — Lieschke 1127.
— — Rondoni 1371.
— — Achseldrüsenverkäsung, Schürmann 1372.
— — Erfahrungen, Richter 1283.
— — Ist — ungefährlich? Unverricht 1283.
Porokeratosis, Fulde 1441.
— Ishimaru 1339.
— Louste, Thibaut u. Barbier 1186.
*— Histologie, Hodara u. Behdjet 1168.
*— Zweiter Fall, Hodara 1167.
Porphyrin bei Lungengangrän, Kämmerer 1358.
Porphyrinurie, Fischer 1358.
Posterisan, Vakzinetherapie mit, Huttner 1247.
Priapismus, Müller 1190.
Prophylaktikum gegen Gonorrhoe und Syphilis, Harry 1304.
Prostata, Erkrankungen, Dorsey 1344.
— Hypertrophie, Wossidlo 1351.
Prostatahypertrophie, Röntgenbehandlung, Perez 1016.
— Horn u. Orator 1016.
— Niereninsuffizienz bei, Düttmann 1017.

Digitized by Google

Prostatahypertrophie, Vasektomie bei, Landau 1017.
— Voelcker 1016.
Prostata, Krebs, Legueu 1351.
— Lymphgefäße, Baum 1412.
— Massage, Farman 1016.
— Pathologie, Praetorius 1061.
— Sarkom, Gruber u. Meier 1351.
— und Samenblase, histopathologische Studien, Ohmori 1016.
Prostatektomie, Peters 1017.
— Prognose, Grauhan 1351.
— transvesikale, Stark 1017.
Prostatiker, Phenolsulfophthaleinprobe beim, Negro u. Colombet 1447.
Prostitution, geheime, Gumpert 1224.
— — soziale Struktur, Markuse 1046.
— u. Geschlechtskrankheiten, Tjaden 1046.
Proteinkörpertherapie, v. Barabas u. v. Torday 1074.
Protoplasma, Differenzierung durch Methylgrün, Haurowitz 1067.
Prurigo bei aleukämischer Lymphadenose, Kreibich 990.
— lymphatische, Raynaud, Montpellier u. Lacroix 1011.
— nodularis, Netherton 1270.
Pruritus ani, Montague 1221.
— — plastisches Verfahren gegen, Karewski 1354.
— — Vakzinebehandlung, Knowles u. Corson 1008.
— Physiotherapie, Meyer 1095.
— genitalis, Thyreoidea gegen, Bregmann 1458.
— Röntgenbehandlung, Cottenot 1458.
— senilis, kieselsaures Natron gegen, Freund 1362.
Pseudogonorrhoe durch Diphtheriebazillus, Kobrak 1163.
Pseudohermaphroditismus femininus externus, Löser u. Israel 1354.
— masculinus internus, Priesel 1044.
Psoriasis, Gushue-Taylor 1097.
— Arsenbehandlung, Afzelius 1177.
— — Ullmann 1477.
*— Arzneiexanthem nach, Zollschan 1323.
— Behandlung, Gonin 1273.
— der Palmae und Plantae, Planner 901.
*— Jodwirkung und Ätiologie, Leven 999.
— Kombinierte Behandlung, Hübner 1097.
— Milchinjektionen, Fox 1177.
— mit generalisierter Erythrodermie, Milian, Périn u. Grellety-Boswiel 1041.
— — Leukoderma, Hoffmann u. Strempel 1153.
*— Natrium-salicylicum-Injektionen, Holländer 1325.
— provoziert durch Jodtinktur, Halbron, Barthélemy u. Brizard 1186.
Psoriasis pustulosa, Fol 1096.
— Röntgen-Radiumbehandlung, Guarini 1215.
— Schwefelöl bei, Moberg 1177.
— Sonnenbehandlung, Alderson 1184.
— und endokrine Störung, Buschke 878.
— — Schwangerschaft, Spillmann, Parisot u. Simonin 1218.
— — Syphilis, Gastou u. Pontoizeau 1040.
— — — Leredde 1039.
— ungewöhnliche, Davis 1188.
— universelle Erythrodermie durch, Roederer 1060.
Pubertät, religiöses Erleben, Böhne 1222.
Pubertätsdrüse, Schönebeg 1018.
Pulays blutchemische Arbeiten, Pulay 1277.
— — — Urbach 1072, 1277.
Purpura, Luze 985.
— Bluttransfusion bei, Larrabee 1093.
— haemorrhagica und Spätsyphilid, Nobl 902.
— im Kindesalter, Schönberger 1361.
— ohne Blutveränderung, Arnett u. Weidman 1252.
— vesicale haemorrhagica, Faragó 1015.
Pyelitis, Koli-, Darmeinläufe bei, Sack 1020.
Pyelographie, Szabó 1020.
Pyelonephritis der Graviden, Martin 1447.
Pyelozystitis, Eigenvakzine bei, Adam 1019.
Pyodermie, Siebert 1096.
— Vakzinetherapie, Utenkow u. Hempel 1459.
Pyogene fortschreitende Prozesse im Gesicht, Umspritzung mit Eigenblut, Läwen 1274.
Pyozyaneusinfektion, Paetzel 1273.
Pyurie im Kindesalter, Faerber u. Latzky 1353.

Quarzlampe und Höhensonne, Stümpke 1345.
Quarz- und Heliollampe, Herrmann 1076.
Quecksilber-Quarzlampe, histophysiologische Untersuchungen nach Bestrahlung mit, Eckstein u. v. Möllendorf 1076.
Quecksilbervergiftung durch Sommersprossensalbe, Alexander u. Mendel 1359.
— gewerbliche, Winkler 1359.
Quinckesches Ödem, Milian u. Périn 1239.

Radium, Anwendung, Duncan u. Witter 1214.
— — Turner 1092.
— Indikationen, Heiner 1092.
— Ulkus durch, Kren 901.
Radiumstrahlen, Angriffspunkte, Fernau 1456.
Raynaudsche Krankheit syphilitischer Natur, Milian und Périn 1041.

Digitized by Google

Recklinghausensche Krankheit, abortive Form, Grön 1443.
— — und nervöse Erscheinungen, Levi u. Tzanck 1042.
Reimer-Salbe bei Ulcus cruris, Schreiner 1119.
Reizkörper, Beeinflussung des Blutbildes durch, Weicksel 1070.
Rekurrens und Syphilis, Buschke u. Kroó 931.
Resantin, Eggerth 991.
Rhinosklerom, Takeuchi 1340.
— auf Sumatra, Sniyders u. Stoll 1275.
— der Maus, Kraus 931.
Rhus toxicodendron, Toxin des, Strickler 1248.
Riesenzellen, tuberkulöse, Genese, Kreibich 990.
Röntgenallgemeinschädigung, Nevermann 1455.
Röntgenbestrahlte Gewebe im Licht der Vitalfärbung, Halberstädter u. Wolfsberg 1075.
Röntgenbestrahlung, Adrenalingehalt der Nebennieren nach, David u. Hirsch 1076.
— Blutuntersuchung, Herzfeld und Schmidt 1454.
— Intensitätsverteilung, Caesar 1455.
Röntgendosimeter, Jaeger u. Rump 1456.
Röntgenepilation, Massenbetrieb, Altmann 1456.
Röntgengeschwüre, Pels-Leusden 1360.
— Behandlung, Gundermann 1092.
*Röntgengeschwür, Behandlung, Perl 1056.
Röntgenkater, Bernhardt 1455.
— Sielmann 1455.
— Pathogenese, Neuda, Redlich u. Sielmann 1251.
Röntgenreizbestrahlung, Mühlmann 1454.
Röntgenschutz, Markowits 1251.
Röntgenspätschädigungen der Haut, Grasmann 1251.
Röntgenstrahlen, biologische Wirkung, Miescher 1249.
— Dosimetrie, Küstner 1456.
Röntgenstrahlen, entwicklungsbeschleunigende und -hemmende Wirkung, Altmann, Rochlin u. Gleichgewicht 1249.
— -Härtemesser, Behnken 1092.
— lokale Wirkung, Seitz 1454.
— Messung, Blumenthal u. Finkenrath 1252.
— verschiedener Wellenlänge, Russ 1453.
— wachstumsteigernde Wirkung, Simons 1075.
Röntgentherapie, Coolidge-Hochleitungsröhre, Bornhardt 1251.
— plastische Abdeckmasse für, Róna 1250.
Röntgentiefenbestrahlung, Spätschädigungen, Hoffmann u. Schreus 928.
Röntgenwirkung, Halberstaedter u. Simons 1455.
— Angriffspunkt der biologischen, Ellinger u. Landsberger 1074.
— Funktions- und Wachstumsreiz, Pordes 1454.
— gutartiges und bösartiges Wachstum gegenüber der, Schwarz 1075.
Rongalitweißbild, Parkheiser 1154.
Rosazea bei Frauen, Cedercreutz 1176.
Rotz, chronischer, Schwarz 1460.
Rußland, Seuchen in, Abel 1450.

Säugetiere, Haarkleid, Sokolowsky 1214.
Säurefeste Organismen, Färbung, Hager u. Dersch 1067.
Salvarsan bei Staphylokokkeninfektion des Kaninchens, Shin Maie 914.
Salzlösung, Zeit bis zum Verschwinden injizierter, Mc Clure und Aldrich 1358.
Salzsäureausschlag, O'Donovan 1189.
Samenblasen, Endamoeba histolytica in den, Hines 1414.
Samenblaseninhalt Verstorbener, Brack 1352.
Samenstrang, Verlängerung, Welti 1017.
Sarcomatosis Kaposi behandelt mit Kohlensäureschnee, Milian u. Perin 1041.
Sarkoid, Bunch 1188.
— Boecksches, Arndt 959.
— Darier, Nobl 1436.
— sklerodermieartig, Gougerot u. Fernet 1186.
Sarkoide, Schaumann 1178.
Sarkom der Hühner, Roussy u. Wolf 1111.
— — Nasenmuschel, Mackenzie u. Wells 1367.
— hämorrhagisches, bullöse Eruption, Wise u. Eller 1009.
— idiopathisches hämorrhagisches, Mac Cormac 1061.
— — Pigment-, Gray 1188.
— — — Sequeira 1188.
— unter dem Bilde der Mycosis fungoides, Klare 1158.
Scabies, Natriumbisulfit, Lépinay 1240.
Scharlach, Behandlung mit Eukalyptusöl, Gushue-Taylor 1484.
— (?) bei einem Orang, Fox u. Weidman, 1007.
— experimenteller, Hektoen 844.
— plötzlicher Tod, Krauss 1112.
— WR bei, Christensen 1302.
— Wohnungsdesinfektion, Simpson 1484.
— Wund-, Port 845.
Scharlachproblem, Bürgers 1281.
Scheidendesinfektion, Kionka 1353.
Schleimanhäufungen, Hauterkrankung mit, Trýb 1396.

Digitized by Google

Schönheitspflege, Orlowski 1242.
Schutzpockenlymphe, Eukupinotoxin-, Kirstein 1124.
— Gewinnung, Gildemeister 1124.
— — Illert 1124.
— Reinigung, Janzen u. Wolff 1124.
Schwefel, Wirkungsweise, Hottinger 1072.
— Werder 1072.
Schwefelwässer bei Hautkrankheiten, Peytoureau 1247.
Schweinerotlauf, Diemer 1274.
— Philippsthal 1363.
Schweißdrüsenadenom, v. Meyenbug 1108.
Schweizerische Dermatologische Gesellschaft 1224.
Scrofuloderma nach Neutuberkulin, Arzt u. Kumer 934.
Seifen, medizinische, Kionka 1395.
Selbstherabsetzung, Porosz 1089.
Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kersting 1155.
Sepsis und Eosinophilie, Hachez 1363.
Serum bei Gesunden und Kranken, Memmesheimer 930.
Sexualoperationen, Haubenreisser 1044.
Sexualpathologische Fragen, Nissen 1044.
Sexualtrieb und Farbenlust, Scheuer 1355.
Sexuelle Anästhesie der Frau, Moll 1222.
Silberpräparate, Gehalt, Neergaard 1452.
*— Pharmakologie, Steinbiss 1227.
Sklerodermie, Hügel 1060.
— Ramazzotti 1215.
— ausgebreitete, Little 1061.
— bandförmige, Bettmann 988.
— endokrine Ursache, Castle 1269, 1344.
— Ionisation mit Jodkalium bei, Watrin 1042.
— mutilierende, Rudinesco u. Vallery-Radot 1039.
— Opotherapie, Zuccola 1364.
— Organpräparate bei, Hügel 1059.
— periarterielle Sympathektomie, Horn 1109.
— und Hyperthyreoidie, Etienne 1042.
— — Melanodermie, Spillmann und Drouet 1042.
— — Sklerodaktylie, Arzt 901.
— — Vitiligo, Leri u. Lamy 1038.
— zirkumskripte, Rusch 901.
Sklerödem, Hoffmann 934.
— nach Grippe, Hoffmann 1109.
Sklerose, multiple, Spirochäten bei, Schuster 883.
Skolopenderbiß und Skorpionstich in Mazedonien, Mayer 1152.
Skorbut, Epidemie, Peschic 1275.
Skorpionstich, Schlangenserum bei, Wiener 1368.
Skrofulid, Spillmann u. Drouet 1218.
Sofortreaktion bei intrakutaner Serumeinverleibung, Biberstein und W. Jadassohn 1068.
Sperma, Störungen der Ejakulation, Lissmann 1019.
Spermatozele, Ohno 1063.
*Sporotrichose, Hodara 1328.
— bei Ratten, Jessner 1443.
Sporotrichosis vegetans, Ferrand u. Rabeau 1180.
Sproßpilzerkrankungen, Arzt 934.
Staphylomykosen, wuchernde, Artom 1215.
Steinerkrankungen der Harnwege, Voelcker 1019.
Stibenyl, v. Hayek 1359.
Stomatitis aphthosa, Clara 1367.
Strahlenenergie, Gottschalck u. Nonnenbruch 1452.
Strahlenforschung, experimentelle, Holfelder 1249.
Striae atrophicae, Spitzer 902.
— distensae, Hobbs 1483.
— — bei Dysenterie, Brünauer 1157.
Sublimatvergiftung von der Scheide aus, Thoret 1359.
Sulfoxylatsalvarsan in der Urologie, Karo 1312.
Suspensorium, Universal-, Chajes 1352.
Sycosis lupoides, Tanimura 1063.
Sympathektomie, Brüning 1094.
— Kappis 1278.
— Kümmell 1457.
— Philipowicz 1049.

Syphilis.

1. Allgemeines.

Anämie, perniziöse und Lues, v. Winterfeld 1159.
Diagnose der Syphilis durch den praktischen Arzt, Zinssen 1300.
*Dreimalige Ansteckung mit Syphilis, Hecht 1053.
Endothelsymptom bei Lues, H. Hoffmann 855.
Fieber bei Syphilis, Plicque 1297.
Fleckfieber, Einfluß auf Syphilis, Bogrow 854.
Framboësie und Syphilis, Müller 854.
Frühdiagnose und Frühtherapie der Syphilis, Arzt 1346.
Geruchsdiagnostik und Syphilis, Müller 1300.
Lungentuberkulose und Syphilis, Köster 1132.
— — — Landsberger 1132.
Marokko, Syphilis in, Queyrat 1238.
Pathologische Anatomie der Syphilis, Sternberg 855.
Praktische Beobachtungen über Syphilis, Hazen 1337.

Digitized by Google

Psoriatiker und Syphilis, Gastou u. Pontoizeau 1040.
— — — Leredde 1039.
Quantitative Untersuchungen bei Syphilis, Fordyce, Rosen u. Myers 1491.
Reinfektion, syphilitische, Schoenrich 1338.
— — nach 1 Jahr, W. C. u. A. A. Nichols 1127.
*Rektumkarzinom und Syphilis, Wellmann 1331.
Syphilis in Paris im 15. und 16. Jahrhundert, Cumston 1443.
Syphilom, Zytologie, Laurentier 1339.
Tätowierung und Syphilis, Bonnet 855.
— — — Dohi 1063.
— — — Spillmann, Drouet u. Diot 1043.
Traubenzucker im Blut Syphilitischer, Memmesheimer 989.
Trauma und Syphilis, Halbron u. Barthélemy 1241.
Tuberkulose und Syphilis gleichzeitig, genitale, Magée 1192.
Turner (Daniel) und die Prophylaxe der Syphilis, Lane 1182.
Unvermutete Syphilis, Thompson 1486.
Verlauf der Syphilis, Einfluß toxischer Exantheme auf den, Stümpke 912.
Zellinfiltration syphilitischer Läsionen, Herb 1212.

2. Ätiologie der Syphilis.

Lymphdrüsenpunktion bei Syphilitischen, Oelze 880.
— — — Podestà 881.
Spirochaeta pallida, Einfluß niederer Temperaturen, Kissmeyer 1399.
— — — — — Krantz 1398.
— — in Zervix und Urethra, Nölle 130.
— — — salvarsanhaltigem Nährboden, Krantz 880.
— — Kultivierung, Krantz 1487.
— — Kulturen, Lichatscheff 1132.
— — Lebensdauer, Rubin u. Szentkirályi 880.
— — Neosalvarsan-Silberbild, Krantz 880.
— — Polymorphismus, Uglow 880.
— — postmortale Vermehrung, Kratzeisen 1132.
— — sauerstoffbedürftig oder -scheu, Manteufel 880.
— — von Paralytikern, Plaut u. Mulzer 881.
Spirochätenkrankheiten, Superinfektion, Buschke u. Kroó 882.
Spirochäten, Färbung, Szilvasi 933.

3. Experimentelle Syphilis.

Antimon bei Kaninchensyphilis, Uhlenhuth u. Seiffert 966.
Experimentelle Kaninchensyphilis, Serodiagnostik, Illert 1302.
— Syphilisforschung, Mulzer 931.
— — Uhlenhuth 966.
— — Ergebnisse, Uhlenhuth 881.
Kaninchen, Genitalspirochätose, Neumann 882.
— Serodiagnostik beim, Sachs u. Georgi 1135.
Kaninchenliquor, negative WR, Plaut u. Mulzer 1399.
Kaninchensyphilis, experimentelle, Superinfektion, Steinfeld 881.
— spontane, Neumann 1132.
— — Worms 1133.
— ungenügende Salvarsanbehandlung, Plaut u. Mulzer 1407.
Impfkeratitis beim Kaninchen, Hoffmann u. Zurhelle 932.
Liquor bei Kaninchen, Plaut 931.
Superinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis, Buschke u. Kroó 1132, 1301.
— — — — Frei 1300.
— — — — Steinfeld 1301.

4. Serologie der Syphilis; Liquor.

Antigen, lyophile und lyophobe Eiweißkörper, Ruppel 904.
Antigene, cholesterinierte, Kilduffe 1006.
Antisera, Konservierung präzipitierender, Beger 903.
Arachnoidealflüssigkeit, Fällungsprobe, Herrold 1402.
Ausflockungsreaktion nach Bruck, Kressler 1400.
— neue Technik, Casilli 1303.
*Ausflockungsreaktionen, Farbenversuche u. Modifikationen bei, Mierzecki 1202.
Blutentnahme bei Säuglingen, Rohr 911.
Brucksche Reaktion, Bruck 1488.
— — Schubert 990.
Daranyi-Reaktion, Krömeke 910.
Doldsche Trübungsreaktion, Holländer 906.
— — Kiefer 909.
— — Ziskoven 908.
Einzeitige SG-Meinicke-Reaktion, Schneider 905.
Fällungsreaktion, Moody 1133.
Farbstoffe, Wirkung auf Komplement, Yanagihara 1339, 1340.
Goldsolreaktion, Blank u. Bestemeier 911.
— im Liquor, Lohmann 1153.
— — — Pick 1442.
— bei Nervensyphilis, Worster-Drought, Frey u. Roche 911.
Kahnsche Fällungsprobe, Detweiler 1488.

Digitized by Google

Kahnsche Syphilisreaktion, Holmer 1401.
— — Kahn 1401.
— Syphilisprobe, Young 910.
Körperflüssigkeiten bei Nervenkranken, Kafka 1090.
Kodamasche Syphilisreaktion, Jacobitz u. Engering 910.
Kolloidbenzoe, Reaktion mit, Targowla 910.
Kolloidale Benzoe- und Goldprobe, Wright u. Kermack 1304.
Kolloidreaktionen in der Zerebrospinalflüssigkeit, Nander 1177.
Kolmers Komplement - Fixationsprobe, Schamberg u. Greenbaum 1135.
Komplementkonservierung durch Trocknung, Königsfeld 1400, 1488.
Liquor cerebrospinalis bei Syphilis, Saalfeld 883.
— — Cisterna cerebelli medullaris, Eskuchen 933.
— — Eiweißgehalt, Jacobi 1402.
— — Eiweißproben, Schönfeld 933.
— — Kolloidale Farbreaktionen, Kirchberg 910.
— — Physiologie u. Pathologie, Weigeldt 1220.
— — bei nicht nervöser Lues, Pappenheim 1442.
— — bei Spätsyphilis, Kagawa 989.
— — Veränderung, Mucha u. Satke 985.
Liquorreaktion, neue kolloidale, Eicke u. Cohn 1153.
Liquoruntersuchung, fraktionierte, Eskuchen 883.
Liquorzellen, Sedimentator für, Trömner 1402.
Liquorzirkulation, Strecker 884.
Luetin, Organ-, Perutz 969.
Luetinreaktion, Kolmer u. Greenbaum 883.
Lumbalflüssigkeit, Mittelstück - Phänomen, Kafka 883.
Lumbalpunktion, Pappenheim 1066.
— bei Lues latens, Schmidt 1399.
Lumbalpunktionsnadel, Benedek 911.
Mastixreaktion im Liquor, Kafka 1135.
Meinicke-Extrakte, cholesterinfreie, Bering 1400.
— — Deicher 1400.
— — Holländer u. Funccius 1400.
*Meinicke-Mikroreaktion, Dohnal 1029.
Meinicke-Reaktion (DM) des Liquor, Reichert 1303.
— Untersteiner 984.
MR, Formolkontrolle, Sonnenschein 1400.
Meinicke-Trübungsreaktion, Bering 906.
— Sato 1303.
*MTR, Kruchen 945.
— Aktivmethode, Elkeles 1488.
— Beiträge zur, Munter 908.
— Brauchbarkeit, Huang 907.
— — Meinicke 907.
MTR, Doldsche TR, Förtig 908.
— Erfahrungen, Klein 908.
— mit cholesterinfreien Extrakten, Meinicke u. Grün 906.
— Formolzusatz, Keining u. Wester 907.
— in der Geburtshilfe, Thaler 1301.
— 3. Mitteilung, Meinicke u. Grün 1134.
— praktischer Wert, Heinemann 908.
Organextrakte, wirksame Bestandteile, Epstein u. Paul 907.
Paralyse, Liquordiffusion, Gennerich 1397.
Präzipitationsreaktion, Moon 1303.
— Priestley 1303.
— Wang u. Basto 1303.
Reaktion von Gaté und Papacostas, Levi 1488.
*Rückenmarksflüssigkeit und Auge bei Frühsyphilis, Glemann 1033.
Sachs-Georgische Reaktion bei kongenitaler Syphilis, de Castro Freire u. de Menezes 1134.
SGR, MTR, Kahn- u. Vernesche Reaktion, Strumia 1183.
— Modifikation von Dold, v. Gutfeld u. Prag 909.
— Theorie und Praxis, Gaethgens u. Salvioli 906.
— und Doldsche TR, Dold 908.
— und MTR, Günsburg u. Strachow 1134.
Saponinhämolyse, Tebbe 1402.
Schnellmethode, serodiagnostische (HFR II), Hecht 1303.
Schwangerschaft, Serodiagnostik, Georgi u. Handorn 1403.
— — Handorn 1403.
Serodiagnostik, Ballet u. Rubinstein 1186.
— neue Methoden, Skwirski 906.
Serologische Methoden, Ruge 905.
— Reaktionen, Mechanismus, Stern 1302.
— Untersuchung, obligatorische, Gelbenegger 1133.
Serologischer Luesnachweis, Theorie, Sachs 1399.
Sinuspunktion bei Säuglingen, Salomon 1406.
— — — Schönfeld 933, 1406.
Subarachnoidealraum, Resorptionsfähigkeit, Hashimoto 1062.
Uranin, Diffusion in den Liquor, Jersild 1177, 1179.
Weichbrodtsche Sublimatreaktion, Sahlgren 1400.
Wassermann-Extrakte, Differenzen, Schubert 903.
— Methode zur Ausflockung, Meinicke 907.
— optimale Wirksamkeit, Hohn 907.
Wassermannsche Reaktion bei Endokarditis Kaldeweg 1133.
WR bei Nicht-Syphilis, McKean Downs 884.

Digitized by Google

WR bei Sepsis, Storp 1399.
— — Spätsyphilis, Thaysen 884.
— Beobachtungen, Monferratos-Floros u. Sato 1301.
— — Strempel 904.
— hoch ausgewertete, Spiethoff 904.
— im Liquor, Kafka 1302.
— — — M. u. R. Stern 1135.
— in der Schwangerschaft, Hinton 1338.
— Kaupsche Modifikation, Schmelowsky 987.
— Kolorimetrie, Hecht 903.
— manifeste Erscheinungen nach 1 Jahr lang negativer, Gougerot 1040.
— negative, Kildruffe 884.
— positive in Liquor und Blut, Eskuchen 1399.
— prognostischer Wert bei Aortitis, Hess Thaysen 1133.
— provozierte, Cestan, Riser u. Bonhoure 1012.
— SGR und Meinicke-Reaktion, Bering 906.
— spontane Abweichungen in der Stärke, Mörch u. Hess Thaysen 1301.
— und Ehe, Bergeron 883.
— — Flockungsreaktionen, Urquhart 1134.
— — SGR, 1748 Parallelproben, Craig u. Williams 905.
— — — Auswertung, Sparmann 905.
— — — Warischtschew 1134.
— Universalpipette für, Blumenthal 911.
— und SGR, Vergleiche, Abelin 1134.
— Verfeinerungsmethoden, Nathan u. Martin 1154.
— Wesen, Bruck 904.
— — der, Prausnitz u. Stern 1133.
— 62 Jahre nach Infektion, Boas 1178.
Zacke, positive, bei Behandlung seronegativer Syphilis, Tzanck 1185.
Zentrifugiermethode, Brucksche, Grütz 909.
— — Teichmann 909.

5. Primäre Syphilis am Genitale.

Primäraffekt, biologische Vorgänge im, Stühmer 932.
— genitaler, Parounagian u. Goodman 1337.
Primäraffekte der inneren weiblichen Genitalien, Herold 1397.
Schanker, harter, Unzweckmäßigkeit dieser Bezeichnung, Hallion u. Bauer 855.
— rezidivierender, Ingram 1298.

6. Sekundäre und tertiäre Syphilis der Haut und Schleimhäute.

Acne syphilitica, Oppenheim 1475.
Erythem, atrophisches, mit Gummen, Milian u. Meyer 1239.
Framboësiformes Syphilid, Goodman u. Traub 1009.
Gummata ad nates, Randak 1477.
— frühzeitige, Eliascheff 1060.
— serpiginosa, Krüger 1435.
Gummen, frühzeitige, Eliascheff 1218.
— miliare Schleimhaut-, Kren 1475.
Leucoderma syphiliticum, Ehrmann und Wertheim 1157.
*Leukoderme, seltene, Langer 913.
Lupoide tertiäre Lues, Arndt 958.
Mund, gummöse Geschwüre im, Isaac 879.
Nodöses Syphilid, Stein 855.
Papeln auf Tierfellnävus, Spitzer 902.
Pigmentlues, Adler 959.
Ringförmiges Syphilid bei einem Kinde, McWigley 1270.
Sclerosis ex residuo, Arzt 1477.
Tertiäre Lues, scrofulodermartig, Randak 901.
Umschläge, Ausbleiben eines Exanthems durch heiße, Brüning 1442.
Vitiligo, syphilitische, Leri 1038.

7. Extragenitale Syphilisinfektion.

Berufsinfektion, ärztliche, Verhütung, Fabry 1297.
Epidemie, extragenitale in Holstein, Grütz 1297.
Geburtsakt, Ansteckung eines Säuglings am Kopf beim, Dumet 1038.
Geschlechtlicher Ursprung extragenitaler Infektionen, Petrow 1372.
Kasuistik extragenitaler Primäraffekte, Friedmann 855.
Syphilis insontium bei Schülern, Sheasby 1127.
Trachealkatheter und Syphilis, Sigwart 855.
Unterlippe, Primäraffekt mit erweichenden Lymphdrüsen, Rusch 1434.

8. Syphilis des Bewegungsapparates.

Gelenksyphilis, Poehlmann 1487.
— Schlesinger 855.
Hydarthros des Kniegelenks, Roederer u. Lix 1059.
Knochensyphilis, Weiß 1128.
Knochen- und Gelenkserkrankungen, Nachforschung auf Syphilis, Ménard und Mozer 1298.
Nasenseptum, Gumma, Schwartz 1486.
Orbita, Syphilis der, Kemp 1270.
Osteochondritis, Bowman 1089.
Sattelnase, Operation, Réthi 1486.
Spondylitis luetica, Jessner 1127.
Unterkiefer, Syphilis, Picot u. Ruppe 1127.

Digitized by Google

9. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Akustikus, bei Frühsyphilis, Bab 858.
Augenkranke, Geschlechtskranke, Primrose 854.
Augensyphilis beim Kinde, Boussi 858.
Augenveränderungen liquorpositiver Luesfälle, Memmesheimer u. Lunecke 1480.
Enzephalitis, latente, Cestan u. Riser 1240.
Hebephrenie, Arsenobenzol bei, Page 1398.
Hirnlues, Diagnose und Behandlung, Riddoch 1299.
Hypophyse, Gumma, Cohn 1128.
— Lues, Jaffé 858.
Inneres Ohr, Syphilis, Kobrak 959.
Innenohrerkrankungen, besonders frühsyphilitische, Kobrak 1155.
Keratitis parenchymatosa, Superinfektion bei, Planner 901.
Meningeale Syphilis, endolumbale Technik, Gennerich 912.
Meningitis basalis gummosa, Strebel 1129.
Metalues, schützt frühzeitige Behandlung vor, Redlich 1129, 1403.
— Therapie, Pilcz 938.
Nervensyphilis, Frisch 1299.
— Diagnose und Behandlung, Mott 911.
— Familien-, Moore u. Keidel 1128.
— in Beziehung zur Frühbehandlung, Marburg 937.
— neues Verfahren der Salvarsantherapie, v. Thurzó 1404.
— und neurotrope Stämme, Pfeiffer 858.
Nervus acusticus bei rezenter Lues, Herzfeld 1159.
Paralyse, Liquordiffusion, Gennerich 933.
— Malariabehandlung, Delbanco 933.
— Silbersalvarsan bei, Stern-Piper 941.
— und Tabesproblem, Raecke 1129.
— unspezifische Therapie, Fischer 937.
Stauungspapille bei Syphilis, Baruch 858.
Syringomyelie bei Syphilis, Sklarz 985.
*Tabes, aktive Symptome sekundärer Syphilis bei, Sutieeff 1472.
— Bromnatrium bei, Lippmann 968.
— Gähnkrämpfe, Somer 859.
— Klinische Erfahrungen, Holmes 858.
— Prognose, Juster 858.
Tabische Osteoarthropathie, Barthélemy 1039.
Zentralnervensystem, frühzeitige Syphilis, Pette 1299.
— Syphilis, Gennerich 1220.

10. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse und der Lymphdrüsen.

Albuminurie bei Frühsyphilis, Dreyer 1128.
Aneurysma der Bauchaorta, Paul 1130.
Aortenerkrankungen, Therapie, Mock 937.
Aortenlues, Röntgendiagnose, Lenk 856.
Aortitis, Behandlung, Schottmüller 938.
— syphilitica, Frisch 1299.
Colitis, syphilitische, Gram 857.
Diabetes, syphilitischer, Meineri 858.
Herzkrankheiten, syphilitische, Görl u. Voigt 856.
Icterus catarrhalis und syphiliticus, Klopstock 1298.
Ikterus, Holland 1178.
Kehlkopf, respiratorische Paralyse, Lermoyez u. Ramadier 857.
Lebergumma, Hickel 1060.
— Chirurgie, Monse 857.
Lebersyphilis, Gruber 1157.
Lunge, Syphilis der, Fall, Matsuura 1339.
— — — Goldscheider 857.
— — — Munro 857.
Lymphdrüsen, erweichende im Primärstadium, Rusch 1434.
Magensyphilis, Kimura 1340.
Magen, Syphilis, Monges 857.
Myokarditis, knotige bei kongenitaler Syphilis, Dressler 856.
Nebenniere, Syphilis, Crohn 857.
— — der, Deaderick 1337.
Ulcus ventriculi und Lues, Tselios 1298.

11. Syphilis des Urogenitalapparates.

Harnröhre, Gumma, Valverde 1342.

12. Vererbung der Syphilis; Syphilis und Ehe.

Behandlung der Syphilis congenita, Bernheim-Karrer 1304.
Blaseninhalt bei angeborener Syphilis, Thomas, Arnold u. Klein 905.
Blutbefunde bei kongenitaler Syphilis, Nitschke 1130.
Diagnose der hereditären Syphilis, Leredde 1129.
— — — — Marfan 1129, 1130.
Dritte Generation, Lues congenita, Schweizer 1398.
— — Syphilis, East 1129.
Ehe und Syphilis, Finger 1346.
— — — Strandberg 1177.
Entartung durch vererbte Syphilis, Meschtscherski 1130.
Ependymitis ulcerosa und Riesenzellenleber bei Lues congenita, Seckel 1130.
Epilepsie durch kongenitale Syphilis, Leredde 1040.
Familienuntersuchung bei Lues von Ehegatten, Witzel 854.
Frühdiagnose kongenitaler Syphilis, Hofmann 1299.
Frühgeburtsstatistik, Kehrer 859.
Glykosurie bei Heredolues, Milani 1128.

Digitized by Google

Hereditäre Syphilis, Wismut gegen, Cajol u. Spierer 1162.
Hutchinsonscher Zahn, einseitiger, Lyon 1339.
Kindesalter, Lues im, Fabry 859.
Kindliche Syphilis, Péhu 879.
Konzeptionelle Syphilis, Golay 1090.
Molaren bei kongenitaler Syphilis, Schmelzhypoplasien, Scholl 1129.
Mutter und Kind, Luesuntersuchungen bei, Pankow 1301.
Nervensyphilis, spätkongenitale, Zabriskie 1486.
Neugeborene, SGR und WR, Váró 860.
Quecksilber und Arsen, Dosierung bei Lues hereditaria, Moll 964.
Retroplazentarblut, Hohn u. Gummert 1403.
Säuglingssyphilis, Salvarsanbehandlung, Gautier u. Thévenod 1304.
Schicksal der kongenital-syphilitischen Kinder, Heller 1130.
Schwangere Syphilitische, Ambulatorium für, Laurent u. Dujol 1240.
Sensibilisationserscheinungen und kongenitale Syphilis, Ravaut 1300.
Schwangerschaft einer Syphilitischen, subkutane Arsenbehandlung, Halbron u. Barthélemy 1039.
— Zuverlässigkeit der Serodiagnostik der Lues in der, Handorn u. Georgi 1301.
Syphilis, angeborene, Hochsinger 859.
Thomsensche Myotomie neben kongenitaler Lues, Heller 959.
Tuberkulose neben Lues congenita, Cassel 879.
Übertragung bei Lues congenita, Problem der, Salomon 1372.
Vaskulitis der Nabelgefäße, syphilitische, Ekehorn 1131.
Verhütung kongenitaler Syphilis, Sequeira 1127.
— der kongenitalen Syphilis, Wagner 859.
Zahnveränderungen bei Lues congenita, Pflüger 1487.
Zwergwuchs, Lues der Hypophyse, Mau 1276.

13. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis.

Abortivbehandlung, Boas 1178.
— Müllern-Aspegren 1178.
— Leven 1214.
— Tataru 1179.
— dreimalige primäre Syphilis, Wirtz 940.
— WR und, Bruck 939.
Behandlung der Syphilis, Arzt 937.
— — — Brocq 939.
Behandlung der Syphilis, Lévy-Franckel 938.
Bemerkungen zur Syphilisbehandlung, Salomon 1135.
Frühbehandlung, maximale, Hoffmann u. Hofmann 1478.
Frühheilungschance, Hoffmann u. Hofmann 1404.
Kampf gegen die Syphilis 854.
Methodik in der Syphilisbehandlung, Leredde u. Loiselet 1240.
Präventivbehandlung, Mißerfolg, Comaz 942.
— Nichtgenügen der, Gouin u. Jegat 1090.
Refraktäre Fälle gegen Therapie, Löwenfeld 1153.
Spätsyphilis, Behandlung, Harrison 911.
Spezifisch-unspezifische Behandlung der Syphilis, Ostwald 1305.
Syphilisbehandlung, Brunet 1213.
— Cornaz 1305.
— Fabry 939.
— Erfolge, Taylor 1489.
— Spätresultate, Hazen 1305.
— Weiteres zur, Salomon 1404.
Syphilisprophylaxe, persönliche, Worms 1489.

14. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Ernährung, ungenügende, bei Quecksilberbehandlung, Hruschtschoff 1407.
Idiosynkrasie gegen Quecksilber, Meiné 1248.
Kalomel, endovenös, Podestà 1407.
Kolloidales Quecksilber intravenös, Teichmann 1155.
Merkurialstomatitis, Pathogenese, Bessesen 1006.
Merkurosal, Cole Driver u. Hutton 966.
Neomerlusan, Matzenauer 965.
Novasurol, Diurese, Bohn 965.
— Nebenwirkung, Heller 1407.
— und Stauungsniere, Schlayer 965.
Quecksilber, Diurese durch, Sternberg 965.
— Einatmung, Gutman 1337.
— Exantheme, Sieben 1136.
— Inhalationstherapie, Gutman 1338.
— kolloidale Präparate, Zweig 1305.
— unspezifische Wirkung, Buschke u. Sklarz 965.
Quecksilberdermatitis, fixe, Langer 965.
Quecksilberpulver zu Einreibungskuren, Sklarz 1305.
Quecksilbersalz, Brünauer 936.
Quecksilber-Schmelzstäbchen, Mulzer 966.
— Pinctower 966.
Ricordsche Pillen, Leclerc 965.

Digitized by Google

15. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis.

Abortivbehandlung durch Salvarsan-Quecksilber, Silberstein 1395.
Aminoarsenophenol, Bloch 941.
Angioneurotischer Symptomenkomplex, Verhütung, Salomon 1307.
Antikoagulierende Wirkung der Arsenobenzole, Anwyl-Davies u. Mellanby 1490.
— — — — Flandin u. Tzanck 960.
Aortensyphilis, Salvarsan gegen, Müller 1089.
Apoplexie sereuse, Gonin 1136.
Argyrie nach Silbersalvarsan, Habermann 927.
— — — Mucha 928.
*Arsalyt, Popowa 920.
Arsen in Blut und Harn nach Salvarsan, Wechselmann, Lockemann u. Ulrich 987.
— — — — Liquor, Brahme 1308.
Arsenobenzol bei Syphilis, Mills 1009.
— und Glykose, Cheinisse 940.
Arsphenamin, biologische Reaktionen, Oliver u. Douglas 1182.
— — — Oliver, Douglas u. Kolos 1441.
Azetylarsan, Chatellier, Mahoux u. Valdigué 1187.
Biologische Salvarsanreaktionen 1136.
Blut, wie lange verbleibt Salvarsan im, Boecker 944.
Blutdruck nach Arsenobenzol, Pomaret 960.
Blutplättchen und Salvarsan, Leder 961.
Chemotherapeutische Leistungsfähigkeit der Arsenobenzole, Ritz u. Wüest 1161.
Cyarsal, Novasurol und Neosilbersalvarsan, Evening 964.
— und Salvarsan, einzeitig, Knebel 964.
— — — — Nover 964.
Dermatosen durch Salvarsan, Nander 1178.
Dosierung des Salvarsan, Leredde 1239.
Enzephalitis, Suprarenin bei, Voith 942.
Endolumbale Salvarsantherapie, Bruhns u. Dittrich 1405.
— — Gennerich 1405.
— — Wittgenstein 938.
Erstes Stadium der Syphilis mit einer Salvarsankur restlos ausgeheilt, Morath 941.
Erytheme durch Salvarsan, Sitta 1406.
*Erytheme, toxische, Wohlstein 957.
Erythrodermie nach Salvarsan, Raynaud, Montpellier u. Lacroix 1240.
— exfoliierende, nach Eparseno, du Bois 1160.
Fixer Salvarsanausschlag, Mühlpfordt 1407.
Glukarsenan, Lévy-Bing, Ferond u. Demerliac 1341.
Grippeenzephalitis durch Salvarsan, März 963.
Hämorrhagische Diathese nach Arsenobenzol, Emile-Weil u. Isch-Well 1308.
Harn, Salvarsan im, Autenrieth u. Taege 943.
Hautblutungen bei Salvarsaninjektion, Feit 943.
Ikterus nach Arsphenamin, Simon 1088.
— — Salvarsan, Holland 988.
— Provokation durch Salvarsan, Wechselmann u. Wreschner 963.
Infiltrate, Traubenzucker gegen, Klein 940.
Intoleranz gegen Salvarsan, Drouet 961.
Intramuskuläre Arsenbehandlung, Rabut 1090.
*Intravenöse Injektion, neuer Apparat, Thim 841.
Kann Salvarsan positive WR bei Nichtsyphilitikern hervorrufen, Boas u. Kissmeyer 1176.
Kapillargebiet, primär durchflossenes, hält mehr Salvarsan zurück, Weyl 1308.
Kolorimetrische Bestimmung von Salvarsan, Weyl 1161.
Leber, Beziehungen des Arsen, Gottschalk 963.
— Erkrankungen, Ehrmann 962.
— Lues, Salvarsan, Heinrichsdorff 1136.
— toxische Dystrophie, Gruber 962.
Lichen planus nach Salvarsan, Pautrier 1060.
— ruber und Salvarsanexanthem, Riecke 1155.
*Lichen-verrucosus-artiges Salvarsanexanthem, Albert 1461.
Linser-Behandlung, Braun 1155.
Linsersche Einspritzungen, Abimélech 1136.
Lokalisierte Eruptionen nach Arsenobenzol, Lacapère u. Lépinay 1039.
Malaria, durch Salvarsan manifest geworden, Wesener 963.
— neben Lues und Salvarsan, Gordon 963.
— — — — — Hanel 963.
— — — — — Isaac-Krieger u. Löwenberg 963.
Melanose nach Salvarsan, Bruhns 959.
*Mischspritze, Bedenken, Schmidt 1004.
— Dauerbeobachtungen, Blümener 1306.
— mit Novasurol, v. Pezold 1407.
Neojakol, Serra 1217.
Neosalvarsan, Wirkungsweise, Simic 1306.
Neosilbersalvarsan, Liebner u. Rado 940.
— Nolten 941.
— Geschichte, Binz 940.
Nitritoide Krise, Pomaret 960.
Novarsenobillon, Todesfall, Fraser 1011.
Novasurol-Salvarsan, einzeitig, Hess 964.

Digitized by Google

Oxyazetyl-Aminophenyl-Arsen, Laurent 1240.
Präventive Salvarsanbehandlung, Hedén 1178.
Purpura nach Arsenobenzol, Rabut u. Oury 961.
Quecksilber und Neosalvarsan, gleichzeitig intravenös, Boas u. Pontoppidan 964.
Rektal verabreichtes Salvarsan, Noeggerath u. Reichle 1404.
Resistente Lues gegen Salvarsan, Fabry 1406.
— — — — Löwenfeld 1406.
Salvarsan bei Malaria, Surbeck 941.
— Erkrankung blutbildender Organe, Juliusberg 942.
— Folgen, Fraser u. Duncam 1338.
— Gefahren 944.
— Injektionstechnik, Schlesinger 940.
— — Thim 940.
— kolloidale Veränderlichkeit, Sherntal 942.
— Schäden, Fantl 942.
— — Kerl 943.
— — Meyer 944.
— — Verhütung, Schuhmacher 942.
— spirillozide Wirkung, Schumacher 936.
— vorbeugend, Pöhlmann 939.
Salvarsanexanthem, allgemeines, Jakobi 879.
Salvarsanfrage, Pinkus 1306.
Salvarsanintoxikation und Staphylokokkenempfindlichkeit, Rosenthal 1307.
Salvarsanresistente Lues, Arndt 958.
— — Jessner 933, 1307.
Salvarsanvergiftung, Kritschewsky und Friede 1441.
Schwangerschaft, Salvarsanbehandlung, Bodin 1059.
Seltene Nebenerscheinung nach Arsenobenzol, Bertaccini 1491.
— Salvarsanschädigung, Sieben 1161.
Silbersalvarsan, Feldmann u. Perkel 940.
Sozialhygienischer Faktor, Salvarsan als, Jersild 1177.
Stovarsol, Intoxikation mit, Bory 1187.
Sublimat-Salvarsan-Behandlung, Schmidt 964.
Sulfarsenol bei kindlicher Syphilis, Paul-Boncour u. Clement 941.
— — Syphilis und Blennorrhoe, Carminow Doble 941.
Sulfoxylsalvarsan, Galewsky 1306.
— Klopfer 1307.
Syphilisepidemie des 15. Jahrhunderts, Martin 1344.
Technik der Salvarsaninjektion, Guseff 1306.
— — — Kowalski u. Nikol 1306.
— — — Skulski 1306.
Tod durch Salvarsan, Woenckhaus 1406.
Todesfälle nach Salvarsan, Fritz 990.
— — — Kritschewsky 1441.
Tryparsamid, Lorenz, Loevenhart, Bleckwenn u. Hodges 1307.
Urobilinogenreaktion bei Salvarsanschädigungen, Kahn 943.
Verhinderung entzündlicher Reaktion nach Salvarsan, Freud 1160.
Vikariierende Behandlung mit Neo- und Silbersalvarsan, Bockholt 940.
— — — — — — Brinckmann 942.
Vorbeugende Salvarsanbehandlung, Görl u. Voigt 1403.
— — Hecht 1304.

16. Wismutbehandlung der Syphilis.

Airol bei Syphilis, Nicolau u. Blumental 1396.
Aortitis, Wismut bei, Bordet 967.
Bismogenol, Mühle 1154.
— Nagel 1410.
*— Ritter 1077.
*— Bedeutung als Zwischenkur, Holländer 1173.
— Mundschleimhauterkrankungen nach, Boelsen 1310.
Bismutyltartrat, Giemsa 1309.
Blutbild bei Wismutbehandlung, Betz 1410.
*Erythem und Herpes zoster nach Bismutinjektion, Lehner 1107.
— durch Wismut, Galliot 1042.
Hautausschläge nach Wismuteinspritzungen, Galliot 1311.
*Jodchininbismut, Guszman u. Rubin 1467.
Lichenoider Ausschlag nach Wismut, Nicolas, Gaté u. Lebeuf 1187.
Nadisan, Müller, Blass u. Kratzeisen 1408.
*— in Kombination mit Salvarsan, Gutmann 861.
*Natriumtribismutyltartrat, Ausscheidung im Harn, Sei 1290.
Nervensyphilis, Wismut bei, Artom 1161.
Oleo-Wismut, Ramel 1162.
Ozaena durch Wismut gebessert, Welter u. Roederer 1219.
Quecksilber und Wismut, Vergleich, Pomaret u. Didry 1041.
Reinfektion nach Wismutkur, Gougerot u. Fernet 1186.
Serumreaktion bei Wismutbehandlung, Nathan u. Martin 1310.
Sigmuth bei Syphilis, Gouin 1060.
— — — Pautrier 1059.
*Trepol, Trýb u. Beutl 831.
— Scherber 966.
— und Milanol, Felke 967.
Urtikaria nach Wismutinjektion, Lepinay 1039.
Wismut, de Favento 968.

Digitized by Google

Wismut, Felke 967.
— Görl u. Voigt 967.
— Müller 968.
— Simon 1037.
— Voehl 968.
— bei Kaninchensyphilis, Hopkins 1181.
— — — Plaut und Mulzer 966.
— — primärer Syphilis, Patzschke 1309.
— — Syphilis, Schreus 1409.
— — — Klinisches und Experimentelles, Klauder 1181.
— Wirkung, Felke 1408.
— Wirkungsweise, Levaditi u. Nicolau 1489.
Wismutbehandlung, Citron 1490.
— Schreus 1161.
Wismut-Natrium-Tartrat, Horta 1241.
Wismutresorption im Gewebe, Müller u. Blass 935.
Wismutsalze bei Syphilis, Marcus 1176.
Wismutsaum des Zahnfleisches, Lumme 1310.
Wismuttherapie, Bäcker 1310.
*— Evening 1234.
— Richter 1308.
— Voehl 1309.
— experimenteller Beitrag, Ritz 1308.
— Experimentelles, Kolle 935.
Wismutverbindungen, Giemsa 967.

17. Sonstige Heilmittel bei Syphilis.

Antimon-Hydrargyrum, Tsuzuki 966.
Autoserumbehandlung bei mit Syphilis komplizierter Pneumokokken-Meningitis, Horn 1305.
Einfluß des Jodkali auf die WR, Hirsch 1154.
Jod, intravenös, Farnell 1492.
— Resorption, Fuld u. Müller 1247.
Jododerma, Parkes Weber 1010.
Mirion, Kratter 968.
Proteinkörper, unspezifische, bei Syphilis, Ahlswede u. Busch 1213.
— — — — Barili 1215.
*Traubenzuckerinjektionen, Rubin 1080.

Syringom, Arzt 1440.
Syringozystadenom, Rusch 900.

Tabakstaub, Schädigung der Mundschleimhaut, Fischer 1280.
Teer, Schleimhautveränderungen durch, Buschke u. Langer 929.
— und Paraffin, Geschwulsterzeugung durch, Hoffmann, Schreus u. Zurhelle 1111.
— Schleimhautveränderungen bei Ratten durch, Buschke u. Langer 1277.
Telangiektasie, essentielle, Buschke 878.
Terminologie, dermatologische, Fox 1007.
Terpentinbehandlung, Klingmüller 1247.
— Rohrbach 1247.
*Terpestrol, Heinz 829.
Tetrachlorkohlenstoff, Alderson 1445.
Thallium, antihidrotische Wirkung, Buschke 1452.
— Schleimhaut- und Knochenveränderungen durch, Buschke u. Peiser 929.
— Veränderungen bei Ratten durch, Buschke u. Peiser 1277.
Thelygan, Bloch 1023.
— Lapinsky 1023.
Therapeutische Notizen, Aufrecht 1073.
Thyreosexuelle Insuffizienz, Borchardt 1365.
Tiersera, Empfindlichkeit gegen, Biberstein u. Oschinsky 990.
Tonsillitis, chronische, Röntgentherapie, Babcock 1076.
Transplantation, Epithel und Bindegewebe bei, Mitsuda 1047.
— nach Reverdin, Schläpfer 1073.
Traubenzucker intravenös bei Dermatosen, Carrera 1182.
Trichomycosis axillaris, Castellani 1445.
Trichophytie des Kopfes, Behandlung, Robertson 1280.
— durch T. violaceum, Arzt u. Fuhs 901.
— im Kindesalter, Langer u. Rosenbaum 1368.
*— Onycholysis, Reiss 891.
— schwere Nagel- und oberflächliche Hand- und Fuß-, Seemann u. Rajka 1156.
Trichophyton endothrix violaceum, Nagelerkrankung, Heller 1153.
— Serum Allergischer und, Jessner u. Hoffmann 929.
*Trichophytonpilze, Endotoxin- und Ektotoxinwirkung im menschlichen Körper, Engelhardt 1193.
Trichorrhexis nodosa, Bunch 1188.
Tuberculosis verrucosa, Sachs 900, 1436.
— — Urbach 902.
Tuberkelbazillen, bakterizidiefeste, Toyoda u. Yang 847.
— Färbung, Konrich 1244.
— — Lommatsch 846.
— Konservierung in Glyzerin, Twort 846.
— Wirkung der Röntgenstrahlen auf, Lange u. Fraenkel 1250.
Tuberkulid, papulonekrotisches, Loustre, Thibaut u. Barbier 1038.
— — Sachs 901.
Tuberkulide, Bogrow 1486.
— Darier 1037.
Tuberkulin, diagnostische Salbe, Platz 851.
— Impfung mit prozentual verdünntem, Koopman 1253.
— — nach Ponndorf, Wesener 851.
— Kutanreaktion, Schreiber 849.
— perkutane Anwendung, Hamburger 850.
— Selter und Nuforal, Weber 850.
— Spezifität, Hagemann 849.

Digitized by Google

Tuberkulin, Spezifität der Reaktion, Tobias 849.
— Überempfindlichkeit, Dietrich u. Klopstock 1126.
— und Anästhesin, Biberstein 849.
— verschiedener Herkunft, Neustadt u. Stadelmann 850.
— Vorkommnisse bei Anwendung, Hoke 1371.
— Wirkungsweise, Szász 1371.
Tuberkulinreaktionen, Verwertbarkeit, Moewes 1370.
Tuberkulinwirkung, Abschwächung durch Serum, W. Jadassohn u. Martenstein 1283.
— Verstärkung und Abschwächung durch Serum, W. Jadassohn 1126.
Tuberkulöse Geschwüre des Gesichtes, Canuyt u. Welter 1219.
— Lymphangitis, Sequeira 1446.
— Paronychie, Stokes 1183.
— sollen alle behandelt werden, Kraemer 1127.
Tuberkuloide Strukturen, Guillery 1125.
Tuberkulose, aspezifische Überempfindlichkeit, Holló u. Holló-Weil 1283.
— chirurgische, Behandlung, Bier 852.
— — immunbiologische Erfassung, Drügg 1283.
— — Lecutyl gegen, Döttmann 853.
— der Drüsen, Radium gegen, Molyneux 853.
— — Gelenke, Reizung durch Salvarsan, Wirz 852.
— — Halsdrüsen, Koch u. Baumgarten 848.
— — Haut, v. Zumbusch 846.
— — — Behandlung, Sequeira 1370.
— — — — mit Licht, Reyn 1369.
— — — Eigenblutserum gegen, Podwyssotzkaja 853.
— — — Eingangspforte für Nebenhodentuberkulose, Hochstetter 846.
— — — Kutanreaktion, Palmieri 850.
— — — syphilisähnliche, Haushalter 1218.
— — — und innerer Organe, Hudelo, Richon u. Cailliau 1186.
— — — — Lungentuberkulose, Somoggi, 846.
— — Kinder, flüchtige Krankheitserscheinungen, Rüscher 852.
— — — WR bei, Rüscher 851.
— — Mundschleimhaut, Sachs 1436.
— Feststellung, Nehring 850.
— Geschwür der Zungenspitze, Spitzer 902.
— Giftempfindlichkeit der Haut, Zieler u. Markert 849.
— Immunisierung, Selter 848.
— Immunität, Neufeld 847.
Tuberkulose, Komplementreaktion u. Malaria, Heinemann 851.
— Kutanreaktion, Löwe 850.
— männliche Genital-, Reinecke 1414.
— miliare, und Allergie, Korteweg 1126.
— Reinfektion, Köffler 852.
— Serodiagnostik, v. Wassermann 851.
— Sonnenbehandlung, Wittek 853.
— und Epididymektomie, Rydgaard 1192.
— und Komplementbindungsreaktionen, Punch u. Gosse 1370.
— — — Sellers 1370.
— — Syphilis gleichzeitig, genitale, Magee 1192.
— vergleichende Intradermoreaktion, Fischer 1126.
— weißer Mäuse, Lange 848.
Tuberkulosegifte, Wirkung, Schultz 848.
Tumorzidin bei bösartigen Geschwülsten, Gohrbrandt 1366.
Tylosis, hereditäre, Rolleston 1097.

Ulcera ad genitale, Schneider 1162.
Ulcus cruris, Clasen 1458.
— — Behandlung, Blanchard-Bière 1271.
— — — Clasen 1272.
*— — Reimer-Salbe bei, Schreiner 1119.
— dorsi pedis, Krüger 902.
— epidemicum, Adams 1008.
— molle im Kindesalter, Roeb 969.
— — Rivanol gegen, Levy-Lenz 969.
*— — Tartarus gegen, Goldberger 984.
— rodens, Arsenpaste gegen, Gray 1188.
— — erythematoides, Savatard 1061.
Ulerythema ophryogenes, Galewsky 1156.
— sycosiforme, Tanimura 1063.
Ultraviolettes Licht, Einfluß auf avitaminöse Tiere, Alpern 1456.
Urämie, Röntgenbehandlung, Fritsch 1415.
Ureter, Karzinom, Meeken u. Mc Carthy 1415.
— zystische Erweiterung, Baumann 1019.
Ureteritis, chronische, Rochet u. Thévenot 1211.
Uretersteine, Kretschmer 1353.
Ureterstriktur, Hunner 1019.
Urethra, Fistel am Damm, Jungano 1447.
*Urethritis, Kombination gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer, Saalfeld 839.
Urethrozele bei Frauen, Lebrun 1210, 1211.
Urinuntersuchung, Smith 1214.
Urologie, Deutsche Gesellschaft 860, 1224.
— in Frankreich, Jeanbreau 1213.
Urotropin gegen postoperative Infektion der Harnwege, Goetz 1022.
Urtikaria, Rosenthal 931.
— anaphylaktischer Chok durch Aolan, Lehner 1452.
— durch Hühnereiweiß, Parisot u. Simonin 1218.

Digitized by Google

Urtikaria durch Licht, Duke 1272.
— infolge bakterieller Sensibilisation, Barber 1184.
— pigmentosa, Barber 1341.
— — Drake 1188.
— — Finneruel 1444.
— — Mac Leod 1188.
— — Lortat-Jacob u. Legrain 1041.
— — Sachs 900.
— — beim Erwachsenen, Adamson 1184.
— — bei einem Erwachsenen, Little 1188.
— und Chok, Ebbecke 1457.
Uterus, Lokalanästhesie, Cottes 1023.

Vaginale Pulverbehandlung, Stern 1221.
Vakzine, generalisierte, Althoff 843.
— — bei Ekzem, Lortat-Jacob, Legrain u. Solente 1040.
Vakzineerreger beim Kaninchen, Yokota 1340.
Varicella, hämorrhagische, Mc Wanklyn 844.
— Narbenbildung nach, Smith 1189.
— Schutzimpfung, Soldin 1112.
— und ultraviolette Strahlen, Reiche 844.
— ungewöhnlicher Fall, Pattin 1485.
Varizen, Clasen 1458.
— Sublimatinjektionen, Fabry 1458.
Vas deferens, Einspritzung in das, Greenberg 1212.
Vegetierende pustulöse Dermatitis, Fischl 990.
— — — Frühwald 990.
Verband, feuchter, praktischer, Günther 1247.
Verhornungsanomalien, Martinotti 1216.
Verhornungsprozeß, de Moulin 1243.
*Veroform und Epithelan, Friedländer 1295.
Vesiko-Vaginalfistel, Mc Clure Young 1212.
„Vierte" Krankheit, Raven 1112.
Vincentsche Organismen, Mundinfektion durch, Hirschfeld 1279.
— — — — Stillmann u. Mc Call 1279.
Vitiligo, Leri 1038.
— mit Erythem, Milian, Périn u. Meyer 1239.

Wanderniere, rechts häufiger, Potel u. Cordier 1064.
Warzen, Martinotti 1216.
— Behandlung, Blendermann 1109.
— perionycheale, Fuhs 1439.
— schmerzlose Entfernung, Blanck 1277.
— — — Laemmle 1277.
Wassermannsche Reaktion bei Sepsis, Storp 1399.
White spot disease, Cedercreutz 1178.
Wismutsalze, Wert, Pardo-Castello 1008.

Xanthoerythrodermia perstans, Bunch 1189.
— — Fox 1341.
Xanthom, Heuck 931.
— der Sehnen, Kusnetzowsky 1110.
— und Hypercholesterinämie, Mook u. Weiss 1183.
Xanthoma diabeticorum, Savatard 1341.
*— palpebrae, Ignipunktur bei, Fabry 1052.
Xeroderma pigmentosum, Trisca 1091.
— — Radium bei, Pendergrass u. Ravdin 1088.
X-Strahlen bei Dermatosen, Lomholt 1177.

Zellkernfragen, Steudel 1451.
Zellwucherung, Gedanken über, Erdmann 1278.
Zystitis, Vakzinationsbehandlung, Baer 1350.
Zystoskop, Kurzschluß im, Martin 1211.
Zystoskopie, Handbuch, Casper 1242.
Zystoskopische Behandlung mit Radium, Pirkner 1212.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abe, M., Pityriasis rotunda 1340.
Abel, Seuchen in Rußland 1450.
Abelin, S., WR und SGR 1134.
Abel-Olsen, Bakteriologisches Taschenbuch 1091.
Abimélech, Robert, Linsersche Einspritzungen 1136.
— — Lippenekzem 1011.
Adachi, Y., Nierentumor beim Kaninchen 1339.
Adam, A., Pyelozystitis 1019.
Adams, W. B., Ulcus epidemicum 1008.
Adamson, H. G., Lupus vulgaris 1189.
— — — Rezidivierende Zellulitis 1188.
— — — Urticaria pigmentosa 1184.
Adler, A., Blasenbeschwerden bei rechtsseitigem Hodentiefstand 1015.
— Pigmentlues 959.
Afzelius, A., Arsenbehandlung der Psoriasis 1177.
Ahlswede, E. u. Busch, W., Unspezifische Proteinkörper bei Syphilis 1213.
Aikins, W. H. B. u. Harrison, F. C., Naevus linearis 1088.
Akatsu, S., Knorpelige Neubildung am Kaninchenohr 1339.
*Albert, Hermann, Lichen-verrucosus-artiges Salvarsanexanthem 1461.
Alderson, H. E., Sonnenbehandlung der Psoriasis 1184.
— — — Tetrachlorkohlenstoff 1445.
— — — u. Col, Harry C., Framboësia tropica 1098.
Aldrich, C. A. s. Mc Clure.
Alexander, A. u. Mendel, K., Quecksilbervergiftung 1359.
Alpern, Einfluß ultravioletten Lichtes auf avitaminöse Tiere 1456.
Althoff, Generalisierte Vakzine 843.
Altmann, V., Röntgenepilation 1456.
— —, Rochlin, D. u. Gleichgewicht, E., Röntgenwirkung 1249.
Anderson, J. W., Geraniumdermatitis 1008.
Anwyl-Davies u. Mellanby, Antikoagulierende Wirkung der Arsenobenzole 1491.
Aoki, T., Medusenstich 1063.
Arndt, Ekzem bei Gicht 879.
— Hautatrophie 879.
— Ichtbyosiforme Erythrodermie 879.
— Karzinom der Kopfhaut 959.
— Karzinom und interstitielle Glossitis 879.
— Lichen ruber circinatus 959.
— Lichen ruber follicularis 959.
— Lichen ruber planus 958.
— Lupoide Lues 958.
— Lupus der Haut und Schleimhaut 879.
— Sarkoid 959.
— Salvarsanrefraktäre Lues 958.
— 933, 934, 959.
Arneth u. Febritias, Weibliche Gonorrhoe 992.
Arnett, J. H. u. Weidman, F. D., Purpura 1252.
Arnold, L. s. Jobling.
— W. s. Thomas.
Arnozan 944.
Aronson, Anders, Pirquetsche Reaktion 1283.
Artom, M., Wismut bei Nervensyphilis 1161.
— Mario, Wuchernde Staphylomykosen 1215.
Arzt, L., Adenocarcinoma gelatinosum 1478.
— Frühdiagnose und Therapie der Syphilis 1346.
— Karzinom der Stirnhaut 903.
— Karzinom nach Radium 1440.
— Lichen microsporicus 903.
— Multiple Karzinome 1440.
— Nävogener Tumor 903.
— Nagelfavus 903.
— Sklerodaktylie 901.
— Sproßpilzerkrankungen 934.
— Syphilisbehandlung 937.
— Syringom 1440.
— Leopold 1100.
— L. u. Fuhs, H., Exantheme bei Mikrosporie 1156.
— — — — Keratoma dissipatum 935.
— — — — Kultur von Microsporon Audouini aus Blut 1440.

Digitized by Google

*Arzt, L. u. Fuhs, H., Mikrosporin bei Mikrosporie 997.
— u. Fuhs, Trichophytie durch Trichophyton violaceum 901.
— L. u. Kumer, Skrofuloderma nach Neutuberkulin 934.
Asch, Rob. u. Wolff, Friedr., Weibliche Gonorrhoe 992.
Ascher, Pocken in der Schweiz 1368.
Asnis, E. J. s. Strickler.
Aufrecht, Therapeutische Notizen 1073.
Autenrieth, W. u. Taege, Hans, Salvarsan im Harn 943.
Aversenq, Thorium gegen Gonorrhoe 1348.

Bab, M., Akustikus bei Frühsyphilis 858. — 959.
Babcock, J. W., Röntgentherapie der chronischen Tonsillitis 1076.
Bach, Hugo, Künstliche Höhensonne 1241.
Bäcker, B., Wismuttherapie 1310.
Baer, A., Zystitis 1350.
Baermann, G., Stovarsol bei Framboësie 1364.
Ballet, B., u. Rubinstein, M., Serodiagnostik der Syphilis 1186.
Bansbach, J. J., Hämaturie 1344.
Barabas, Z. v. u. Torday, F. v., Proteinkörpertherapie 1074.
Barber, H. W., Dermatitis repens 1445.
— — — Fall zur Diagnose 1189.
— — — Lupus erythematodes 1446.
— — — Prämykotische Erythrodermie 1189.
— — — Urtikaria 1184.
— — — — pigmentosa 1341.
Barbier, G. s. Louste.
Bargkin, W. u. Kritsch, N., Microbion typhi exanthematici 1124.
Barili, Cesare, Unspezifische Proteintherapie der Syphilis 1215.
Barthélemy, Tabische Osteoarthropathie 1039.
— s. Halbron.
Baruch, R., Stauungspapille bei Syphilis 858.
Basto, R. A. s. Wang.
Bauer, A. s. Hallion.
Baum, Hermann, Lymphgefäße der Prostata 1412.
*Baumann, Franz u. Heimann, Immunisierungsvorgänge bei Gonorrhoe 1377.
— Max, Paranephritischer Abszeß 1353.
— — Zystische Erweiterung des Ureterendes 1019.
Baumgartner, H., Radium bei Lupus 1485.
Baur, E., Fischer, E. u. Lenz, F., Erblichkeitslehre und Rassenhygiene 1482.
Bayne-Jones, S. s. Pels.
Beatty, W. u. Biggen, J. W., Akne bei einem Kinde 1345.
Beck, Hans s. Klapp.
Beer, F. s. Engel.
Beger, H., Präzipitierende Antisera 903.
Behdjet, Houloussi s. Hodara.
Behnken, Hermann, Röntgenstrahlen-Härtemesser 1092.
Beinhauer, L. G., Harzdermatitis 1359.
Belgodère, G., Geschlechtskrankheiten und Saprophytismus 1341.
Benedek, Ladislaus, Lumbalpunktionsnadel 911.
Berger 984.
Bergeron, André, WR und Ehe 883.
Bering, H., Cholesterinfreie Meinicke-Extrakte 1400.
— — MTR 906.
— — WR, SGR und Meinicke-Reaktion 906.
Berkow, S. G. u. Tolk, N. R., Gasgangrän 1275.
Bernhardt, H., Röntgenkater 1455.
Bernhart, Robert, Impetigo 1013.
Bernheim-Karrer, J., Behandlung der Syphilis congenita 1304.
Bernkopf, Zoster der Mundschleimhaut 1209.
Bertaccini, Seltene Nebenerscheinung nach Arsenobenzol 1490.
Bessesen, D. H., Merkurial-Stomatitis 1006.
Bestemeier, W. s. Blank.
Bettmann, S., Bandförmige Sklerodermie 988.
Bettmann 928.
Betz, Franz, Blutbild bei Wismut 1410.
Beutl s. Trýb.
Biberstein, H., Anästhesie und Tuberkulin 849.
— Hans, Epithelioma adenoides cysticum 990.
— — u. Jadassohn, Werner, Sofortreaktion bei intrakutaner Serumeinverleibung 1068.
— — u. Oschinsky, Fritz, Empfindlichkeit gegen Tiersera 990.
Bier, August, Behandlung chirurgischer Tuberkulose 852.
Biggen, J. W. s. Beatty.
Bigler, Walther, Fluor 1022.
Binz, A., Neosilbersalvarsan 940.
Bizard, Léon, Sanierung der Pariser Bordelle 1090.
— — Verborgene Gonorrhoe der Frau 1311.
Bizzozero, Enzo, Zytologie der Harnröhrensekrete 1343.
Björling, E., Wann ist Gonorrhoe als geheilt zu erklären 1177.
Blanchod-Bière, Ulcera cruris 1271.
Blanck, Schmerzlose Entfernung von Warzen 1277.

Digitized by Google

Blank, F. u. Bestemeier, W., Goldsolreaktion 911.
Blass s. Müller.
Blavet di Briga, Carle, Blasenkrebs 1448.
Bleckwenn, W. J. s. Lorenz.
Blendermann, L., Warzen 1109.
Bloch, Bruno, Experimentelles Teerkarzinom 1279.
— — Pathogenese des Ekzems 924.
— — 930, 933.
— J., Testogan und Thelygan 1023.
— Marcel, Aminoarsenophenol 941.
Blümener, G., Salvarsan-Mischspritze 1306.
Blumenthal, Franz u. Finkenrath, Messung der Röntgenstrahlen 1251.
— F. u. Halberstaedter, L., Serumtherapie des Karzinoms 1367.
— G., Pipette für WR 911.
— — u. Unger, E., Echinokokkenkrankheit 1135.
— M. s. Nicolau.
Boas, H., Abortivbehandlung der Syphilis 1178
— — WR 62 Jahre nach Infektion 1178.
— — u. Kissmeyer, A., Kann Salvarsan positive WR bei Nichtsyphilitikern hervorrufen 1176.
— Harald u. Pontoppidan, Börge, Quecksilber und Salvarsan gleichzeitig intravenös 964.
— J., Hämorrhoiden 1024.
Bockholt, Neo- und Silbersalvarsan vikariierend 940.
— Pemphigus foliaceus 986.
Bodin, E., Salvarsanbehandlung in der Schwangerschaft 1059.
Bodländer, Fritz, Blennosan 991.
Boecker, Eduard, Salvarsan im Blut 944.
Boelsen, Ulrich, Mundschleimhauterkrankungen nach Bismogenol 1310.
Boeminghaus, H., Innervation der Blase 1349.
Boëz s. Pautrier.
Bogaert, van s. Lévy-Franckel.
Bogrow, Erythem nach kakodylsaurem Natrium 1359.
— Flecktyphus und Syphilis 854.
— S. L., Gonorrhoische Keratosen 1156.
— — — Lupus erythematodes und Epitheliom 1156.
— Tuberkulide 1486.
— u. Krupnikow, Dysthyreosis cutis 1276.
Bohn, H., Novasurol 965.
Bohne, Gerhard, Religiöses Erleben in der Pubertät 1222.
Bommer, S., Impetigo contagiosa 1479.
Bonheim, Paul, Behandlung von Hämorrhoidalknoten 1043.
Bonhoeffer, K., Unterernährungspsychosen vom Pellagratypus 1276.
Bonhoure s. Cestan.
Bonnet, L. M., Tätowierung und Syphilis 855.
Borchardt, L., Thyreosexuelle Insuffizienz 1365.
Bordet, Francis, Wismut bei Aortitis 967.
Bornand, M., Milzbrandbazillus 1364.
Bornhardt, Fritz, Coolidgeröhre 1251.
Bornträger, J., Preußische Gebührenordnung 1091.
Bory, Louis, Lichen planus 1187.
— — Stovarsolintoxikation 1187.
Boucher, H. s. Fontoynont.
Boussi, Augensyphilis beim Kinde 858.
Bowling, Edwin H. 1112.
Bowman, George W., Syphilitische Osteochondritis 1089.
Brack, Erich, Harnröhrenstriktur 1190.
— — Hoden jugendlicher Tuberkulöser 852.
— — Leydigzelle 1191.
— — Samenblaseninhalt 1352.
Brahme, L., Arsen in Blut und Liquor 1308.
Brahn, R. u. Schmidtmann, M., Pigmentfrage 1099.
Brahms, J. u. Pilot, J., Balanitis 1007.
Brandt u. Lieschied, Hodentransplantation 1352.
Brattström, Erik, Ectopia vesicae 1015.
Bregmann, A., Thyreoidea bei Pruritus genitalis 1458.
Brinckmann, Kombinierte Syphilisbehandlung 942.
Brinitzer, Jenny, Weibliche Gonorrhoe 1348.
Brizard s. Halbron.
Brocq L., Lichenifikation 1179.
— — Syphilisbehandlung 939.
Browdy, M. W., Colliculus seminalis und Sexualneurose 1015.
Brown, G. T., Asthma durch Hunde- und Katzenhaare 1245.
Bruck, Carl, Acykal 1347.
— W., Abortivbehandlung bei Lues 939.
— C., Brucksche Reaktion 1488.
— W., Wesen der WR 904.
Brünauer, Dariersche Krankheit 934.
— St. R., Erythema multiforme 987.
— — — Lymphangiom 986.
— Quecksilbersalz 936.
— Stephan Robert, Striae cutis distensae bei Dysenterie 1156.
Brüning, Fritz, Sympathektomie 1094.
— Hildegard, Ausbleiben eines Exanthems durch Umschläge 1442.
Bruhns, Erythema induratum 959.
— Salvarsanmelanose 959.
— 933.
— C. u. Dittrich, H., Endolumbale Salvarsanbehandlung 1405.

Digitized by Google

Brunet, W. M., Syphilisbehandlung 1213.
Brun-Payerne, R. und Perrier, H., Erythrodermia desquamativa 1097.
Bruusgaard, E., Vorstadien der Karzinosis 1176.
Bucura, Weibliche Gonorrhoe 992.
Büben, J. v., Enuresis nocturna 1191.
— — — Thermopenetration bei Blasenleiden 1015.
Büllmann, G. A., Krysolganschädigung 853.
Buerger, Leo. Blasenkrebs 1088.
Bürgers, Th. F., Scharlachproblem 1281.
Bürkmann, A. s. Herxheimer.
Bulliard, H., Einfluß des Schneidens und Rasierens auf die Haarentwicklung 1181.
Bunch, J. L., Adenoma sebaceum 1189.
— — — Sarkoid 1188.
— — — Trichoorhexis nodosa 1188.
— — — Xanthoerythrodermia perstans 1189.
Burckhardt, Hans und Hilgenberg, Friedrich G., Hodenverpflanzung 1018.
Burgkhardt, Friedrich, Alutin-Albargin 993.
Burke, John Grant 1100.
Burnam, C. u. Walker, G., Karzinom der Harnblase 1450.
Burnier u. Rejsek, Lichen obtusus corneus 1042.
Busch, W. s. Ahlswede.
Buschke, Antihidrotische Wirkung des Thallium 1452.
— A., Chininjektionen gegen Phagedänismus 1358.
— Essentielle Telangiektasie 878.
*— Netzförmige Hautveränderungen 1266.
— Psoriasis und endokrine Störung 878.
— u. Langer, Schleimhautveränderungen bei Ratten durch Teer 1277.
— 935, 959.
— u. Kroó, Kaninchensyphilis 1132.
— — — Sypilis und Rekurrens 931.
— A. u. Langer, E., Chronische Gonorrhoe 970.
— u. Langer, Gonokokkentrockenvakzine 971.
— — — Schleimhautveränderungen durch Teer 929.
— — Peiser, Schleimhaut- und Knochenveränderungen durch Teer 929.
— — Veränderungen bei Ratten durch Thallium 1277.
— — Sklarz, Keratodermia symmetrica disseminata 935.
— — — Unspezifische Wirkung des Queckbilbers 965.
Buschmann, H., Angina Plaut-Vincent 1111.
— P. s. Glaser.
Caesar, F., Röntgenbestrahlung 1455.
Cailliau s. Hudelo.
Cajol, M. u. Spierer, H., Wismut und hereditäre Syphilis 1162.
Callenberg, J. s. Rothman.
Calliau s. Rabut.
Callomon, Fritz, Keratodermia disseminata palm.-plantaris 1156.
Cañadas, Ramón 1284.
Canuyt, G. u. Welter, P., Tuberkulöse Geschwüre 1219.
Capelli, J., Dermatosyphilidologie in Wissenschaft und Leben 1214.
Carler, A. H., Antistreptokokkenserum bei Erythema nodosum 1362.
Carlson, G. W. s. Marshall.
Carminow Doble, F., Sulfarsenol 941.
Carrera, J. L., Traubenzucker bei Dermatosen 1182.
Carrion, A. L., Dermatomykosen in Porto Rico 1182.
Casilli, A. R., Ausflockungsprobe bei Syphilis 1303.
Casper, L., Nierentuberkulose 1221.
— — Zystoskopie 1242.
Cassel, J., Tuberkulose und Lues congenita 879.
Castellani, A., Eigenartige Follikulitis des Kopfes 1445.
— Trichomycosis axillaris 1445.
Castello, J. P., Bromexanthem 1182.
Castle, W. F., Sklerodermie 1269, 1344.
Cestan u. Riser, Syphilitische Enzephalitis 1240.
Chajes, B., Suspensorium 1352.
Chargin, L. u. Orgel, S. Z., Ikterus nach Arsen 1007.
Chatellier. Mahoux u. Valdigué, Azetylarsan 1187.
Cheinisse, L., Arsenobenzol und Glykose 940.
— — Pankreasextrakt bei Säuglingsekzem 1362.
Chesney, W. D., Tripperbehandlung mit infrarotem Licht 1492.
Christensen, G. E., WR bei Scharlach 1302.
Christopherson, L. B., Leishmaniosis 1009.
Chuma, M., Organveränderung nach Lanolinfütterung 1071.
— — u. Gujo, K., Vitalfärbung am Leprom 1125.
Cedercreutz, A., Rosazea bei Frauen 1176.
— — White spot disease 1178.
Cestan, Riser u. Bonhoure, Provozierte WR 1012.
*Cimbal, Walter, Headsche Zonen 885.
Cipolla, Mario Giuffré, Molluscum contagiosum 1342.
Citron, Julius, Immunodiagnostik 1219.

Digitized by Google

Citron, J., Wismutbehandlung 1490.
Clara, P., Stomatitis aphthosa 1367.
Clasen, E., Ulkus cruris 1272, 1458.
Cohen, H. s. Dourmashkin.
Cohn, Alfred, Degenerationsformen des Gonokokkus 1162.
— A. s. Eicke.
— Erich, Gummen der Hypophyse 1128.
Col, Harry C. s. Alderson.
Cole, H. N., Driver, J. R. u. Hutton, J. G., Merkurosal 966.
Colombet s. Negro.
Colrat s. Rollet.
Comaz, G., Präventivbehandlung der Syphilis 942.
Comby, Jules, Erythema nodosum im Kindesalter 1094.
Corbus, B. C. u. O'Conor, V. J., Tabische Harnblase 1015.
Cordier, P. s. Potel.
Cornaz, Georges, Syphilisbehandlung 1305.
Cornreich, Erwin, Hämorrhoiden 1024.
Corson, E. F. s. Knowles.
Cottenot, P., Röntgenbehandlung des Pruritus 1458.
Cottes, G., Lokalanästhesie des Uterus 1023.
Craig, Ch. F. u. Williams, C., WR und SGR 905.
Cristol, P. s. Jeanbreau.
Crohn, W. H., Lues der Nebennieren 857.
Culver, G. D., Epitheliom der Augenlider 1088.
— — — s. Montgomery.
Cumberbatch, G. P. u. Robinson, C. A., Diathermie bei Gonorrhoe 1348.
Cumston, Ch. G., Syphilis in Paris im 15. und 16. Jahrhundert 1443.
Curschmann, Hans, Adipositas dolorosa 1276.

Darier, J., Drei Richtlinien für die Diagnose in der Dermatologie 1042.
— — Tuberkulide 1037.
Dauptain s. Loustre.
David, O. u. Hirsch, A., Nebennieren nach Röntgenbestrahlung 1076.
Davis, Haldin, Pityriasis lichenoides 1341.
— — Ungewöhnliche Psoriasis 1188.
Day, H. F. u. Hinton, W. A., Multiple Lipome 1365.
Deaderick, W. H., Syphilis der Nebennieren 1337.
Deicher, H., Cholesterinfreie Meinicke-Extrakte 1400.
Delamare, G., Lepra mit Hyperostose der Tibia 1282.
Delbanco, Malariabehandlung der Paralyse 933.
Delcroix de Coster 1416.
Delore, X. u. Dunet, Ch., Perinephritische Phlegmone 1064.
Delpiano, J., Photodermatoskopie 1217.
Demerliac s. Lévy-Bing.
Denney, O. E. s. Kolmer.
Dersch, R. s. Hager.
Detweiler, H. K., Kahnsche Fällungsprobe 1488.
Dewar, T. F., Geschlechtskrankheiten in Schottland 1355.
Didry, J. s. Pomaret.
Dieckmann, Atresia methrae 1164.
Diemer, Theo, Erysipeloid 1274.
Dietrich, W. u. Klopstock, F., Tuberkulinüberempfindlichkeit 1126.
Diot s. Spillmann.
Diss, A., Dermatomyome 1059.
Ditthorn, F. u. Neumark, E., Schutzmittel 1449.
Dittrich, Hans, Dermatoskopie 990.
— — s. Bruhns.
Döttmann, G., Lekutyl bei Tuberkulose 853.
Dohi, Sh., Tätowierung und Syphilis 1063.
*Dohnal, Paul, Meinicke-Mikroreaktion 1029.
Doiteau, V., Posthektomie 1211.
Dold, H., SGR u. Doldsche TR 908.
Dore, S. E., Brusttumor 1341.
Dorsey, T., Krankheiten der Prostata 1344.
Douglas, E. s. Oliver.
— L. s. Oliver.
Dourmashkin, R. L. u. Cohen, H., Gonorrhoische Infektion der Niere 1312.
Drake, J. A., Urticaria pigmentosa 1188.
Dressler, Wilhelm, Knotige Myokarditis 856.
Dreyer, A., Albuminurie bei Frühsyphilis 1128.
Driver, J. R. s. Cole.
Drouet, Georges, Intoleranz gegen Arsen 961.
— s. Spillmann.
Droult, L. u. Vernier, M., Autohämotherapie bei Zoster 1218.
Drügg, W., Immunbiologische Erfassung der chirurgischen Tuberkulose 1283.
Du Bois, Ch., Exfoliierende Erythrodermie nach Eparseno 1160.
Dubreuilh, W., Fibrome des Nagelbetts 1042.
Ducasse, R. R., Kalkablagerung in der Haut 1006.
Ducrey, Cesare, Bowensche Dermatose 1366.
Düttmann, G., Prostatahypertrophie 1017.
Dujol s. Laurent.
Duke, W. W., Nahrungsallergie 1451.
— — — Urtikaria durch Licht 1272.
Dumet, Ansteckung während des Geburtsaktes 1038.
Duncam, A. G. B. s. Fraser.

Digitized by Google

Duncan, R. u. Witter, C., Radium 1214.
Dunet, Ch. s. Delore.
Duvergey, J., Blasendivertikeltuberkulose 1447.

East, F. T., Syphilis der dritten Generation 1129.
Ebbecke, Urtikaria und Chok 1457.
Eberson, F., Bakteriologisches bei Pemphigus 1270.
Eckstein, A. u. Möllendorf, W. v., Quecksilber-Quarzlampe 1076.
Edelstein-Halpert, A., Flavizid bei Hautkrankheiten 1073.
Eggert, Hans, Resantin 991.
Ehlers, Edvard 944.
Ehrlich, H., Leukotropin 1096.
Ehrmann, R., Lebererkrankungen 962.
— S., Neurodermitis 926.
— 932.
— u. Wertheim, Leo, Leucoderma syphiliticum 1157.
Eicke u. Cohn, A., Kolloidale Liquorreaktion 1153.
Eisenstaed, J. S., Hodentuberkulose 1019.
Ekehorn, Gösta, Syphilitische Nabelgefäße 1131.
Eliascheff, O., Frühzeitige Gummata 1060.
— — Pagetoides Epitheliom 1338.
— — s. Pautrier.
— Olga, Frühzeitige Gummen 1218.
— — Spindelzellenkrebs der Nase 1219.
Eliot, H., Anurie 1349.
Eller, J. J. s. Wise.
Ellinger, P. u. Landsberger, M., Angriffspunkt der biologischen Röntgenwirkung 1074.
Emile-Weil, E. u. Isch-Well, Hämorrhagische Diathese nach Arsenobenzol 1308.
Engel, H. u. Beer, F., Fulmargin 972.
*Engelhardt, Willy, Endotoxin- und Ektotoxinwirkung von Trichophytonpilzen 1193.
Engering s. Jacobitz.
Engwer, Paraform und Darysal gegen Gonorrhoe 1347.
Epstein u. Paul, Organextrakte für Serodiagnose 907.
Erdmann, Rhoda, Zellwucherung 1278.
Esau, Gangrän des Penis 994.
Escher, Dariersche Krankheit 1059.
Eskuchen, Karl, Fraktionierte Liquoruntersuchung 883.
— K., positive WR in Liquor und Blut 1399.
— Punktion der Cisterna cerebelli nudullaris 933.
Etienne, Sklerodermie und Hyperthyreodie 1042.
— u. Voirin, Zoster nach Rippenbruch 1218.
Evening, O., Neosilbersalvarsan und Cyarsal 964.
*— Wismuttherapie 1234.

Fabry, Johann, Arsen-Quecksilberfestigkeit 1406.
*— — Ignipunktur gegen Xanthoma palpebrae 1052.
— — Lues im Kindesalter 859.
— — Sublimatinjektion bei Varizen 1458.
— — Syphilisbehandlung 939.
— — Syphilitische Berufsinfektion 1297.
Faerber, E. u. Latzky, D., Pyurie im Kindesalter 1353.
*Fahr, Th., Maul- und Klauenseuche 1025.
Fantl, Gustav, Salvarsanschädigungen 942.
Faragó, S., Purpura vesicae haemorrhagica 1015.
Farman, G. F., Prostatamassage 1016.
Farnell, F. J., Jod intravenös 1492.
Favento, P. de, Wismut 969.
Febritias s. Arneth.
Feer, E., Steinkohlenteer gegen kindliches Ekzem 1460.
Feit, Hermann, Hautblutungen bei Salvarsaninjektion 943.
Feldmann u. Perkel, Silbersalvarsan 940.
Felke, Trepol und Milanol 967.
— Wismut 967.
— Hans, Wismut bei Syphilis 1409.
Fernau, A., Angriffspunkte der Radiumstrahlen 1456.
Fernet, P. s. Gougerot.
Ferond s. Lévy-Bing.
Ferrand, M. u. Rabeau, H., Sporotrichosis vegetans 1180.
Filippelli, P., Eruptionsfieber 845.
Finger, Ernest, Syphilis und Ehe 1346.
Finkenrath s. Blumenthal.
Finneruel, C. W., Urticaria pigmentosa 1444.
Fischer, Schädigung der Mundschleimhaut durch Tabakstaub 1280.
— C., Intradermoreaktion bei Tuberkulose 1126.
— E. s. Baur.
— Franz, Enuresis nocturna 996.
— Hans, Porphyrinurie 1358.
— Oskar, Therapie der Paralyse 937.
— W., Mycosis fungoides 879.
Fischkin, Edward A. 1100.
Fischl, F., Chloasma uterinum und Nebenniere 1154.
— — Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 1045.
— Friedrich, Kapillarbeobachtung 1243.
— — Vegetierende Dermatitis 990.
Fisichella, Vincenzo 912.

Digitized by Google

Flandin, Ch. u. Tzanck, A., Antikoagulierende Eigenschaften der Arsenobenzole 960.
Fol, Pierre M., Psoriasis pustulosa 1096.
Fontoynont, M. u. Boucher, H., Mykosen auf Madagaskar 1178, 1179.
Förtig, H., MTR 908.
Fordyce, J. A., Rosen u. Myers, C. N., Quantitative Untersuchungen bei Syphilis 1491.
Forster, N. K., Epitheliom des Penis 1344.
Fox, H., Dermatologische Terminologie 1007.
— — u. Weidman, F. D., Exanthem bei einem Orang 1007.
— J., Milchinjektionen bei Psoriasis 1177.
— Wilfried, Xanthoerythrodermia perstans 1341.
Fraenkel, E. u. Hartwich, A., Hoden bei akuten Infektionskrankheiten 1191.
— Eugen u. Much, H., Lymphogranulomatose 1284.
— Manfred s. Lange.
Frank, Ernst R. W., Desinfektionswirkung der Schwermetalle auf Harn- und Geschlechtswege 972.
— P. u. Gruber, G. B., Ulcus incrustatum 1350.
Frankenberger, Z., Hodenzwischenzellen 1018.
Frankenstein, C., Intrakutane Pockenimpfung 843.
Fraser, Reith, Salvarsantodesfall 1011.
— A. Reith u. Duncam, A. G. B., Salvarsanfolgen 1338.
Fraulini, M., Gonorrhoische Peritonitis 1216.
Frei, Wilhelm, Zur experimentellen Syphilisforschung 1300.
Freire, L. de Castro u. Menezes, A. Antunes de, SGR bei kongenitaler Lues 1134.
Freud, P., Verhinderung entzündlicher Reaktion nach Salvarsan 1160.
Freund, E., Kieselsaures Natron gegen Pruritus 1362.
Freundlich, Jacob, Kollargolreaktion 1246.
Frey, E., Ansteckung gesunder Zellen durch kranke 1070.
— — Eigenharnreaktion 1158.
Frieboes, Walther, Bau der Epidermis 1356.
Fried, Arnold, Hyperkeratosis follicularis 1156.
Friede, K. A. s. Kritschewsky.
*Friedländer, M., Veroform und Epithelan 1295.
Friedmann, J., Extragenitale Primäraffekte 855.
Friedrich, W. v. u. László, Julius, Eigenharnreaktion bei Tuberkulose 1284.
Frisch, Felix, Nervenlues und Aortitis luetica 1299.
Fritsch, Hans, Röntgenbehandlung der Urämie 1415.
Fritz, Friedrich, Todesfälle nach Salvarsan 990.
Frühinsholz, A., Spillmann u. Michon, Fötale Ichthyosis 1218.
Frühwald, Richard, Vegetierende Dermatitis 990.
— 932.
Fry, H. J. B. s. Worster-Drought.
Fuhs, Herbert, Favus 1477.
— Lichen microsporicus 1477.
— Myxödem 1439.
— Perionycheale Warzen 1439.
*— Röntgentherapie des Ekzems 1313.
— s. Arzt.
Fuld, Ernst u. Müller, Franz, Jodresorption 1247.
Fulde, Porokeratosis 1441.
Funccius, B. s. Holländer.

Gaethgens, W. u. Salvioli, G., SGR 906.
Gage, J. M., Granuloma inguinale 1006.
Galewsky, E., Sulfoxylsalvarsan 1306.
— — Ulerythema ophryogenes 1156.
— 927, 928, 933.
Galliot, A., Hautausschläge nach Wismuteinspritzungen 1311.
— Wismuterythem 1042.
Galli-Valerio, B. u. de Werra, M., Hypoderma bovis beim Menschen 1280.
Gamper 984.
Gans, Kalziumbilder der Haut 926.
— 929.
Gardener, James A. 884.
Gardiner, F., Lupus erythematosus 1277.
Gargnano, C., Hautepitheliome 1217.
Garvett, J. H., Leichte Pocken 1281.
Gastou u. Pontoizeau, Psoriasis und Syphilis 1040.
Gaté, J. s. Nicolas.
Gautier, P. u. Thévenod, A., Behandlung der Säuglingssyphilis 1304.
Gayet, G., Spermatozystitis.
Gelbenegger, H., Serologische Untersuchung auf Lues 1133.
Gennerich, W., Endolumbale Salvarsanbehandlung 1405.
— Liquordiffusion bei Paralyse 933, 1397.
— Meningeale Syphilis 912.
— Wilhelm, Syphilis des Zentralnervensystems 1220.
Georgi, F., Eigenharnreaktion 851.
— — s. Handorn.
— — s. Sachs.
— — u. Handorn, L., Serodiagnostik in der Schwangerschaft 1403.

Digitized by Google

Gerlach, Friedrich, Angioneurotisches Ödem 1361.
Gerstley, J. R., Diätetische Erwägungen bei Kinderekzem 1273.
Gessler, H., Entzündung 1245.
Geyser, A. C., Hypertrichose 1344.
Gibson, R., Gonorrhoische Keratose 1010.
Giemsa, G., Bismutyltartrat 1309.
— — Wismut 967.
Gildemeister, E., Schutzpockenlymphe 1124.
Gins, H. A., Impfzwang und Gewissensklausel 843.
Giordano, Elephantiasis der unteren Extremität 1361.
Giuliani, A., Nierentuberkulose 1064.
Glaser, F. u. Buschmann, P., Spontanschwankungen der Leukozyten 1246.
Gleichgewicht, E. s. Altmann.
*Glemann, P., Rückenmarksflüssigkeit u. Auge bei Frühsyphilis 1033.
Görl, L., Beratungsstellen 1416.
— — u. Voigt, L., Syphilitische Herzkrankheiten 856.
— — — — — Vorbeugende Salvarsanbehandlung 1403.
— — — — — — Wismut 967.
Goetz, Peter, Urotropin 1022.
Gohrbrandt, E., Tumorzidin 1366.
Golay, J., Konzeptionelle Syphilis 1090.
*Goldberger, J., Tartarus bei venerischem Geschwür 984.
Goldscheider, Lungenkrankheiten 857.
Gollmer s. Roscher.
Gonin, René, Apoplexie séreuse 1136.
— — Psoriasisbehandlung 1273.
— R., Salvarsan 1011.
Goodman, Herm. s. Parounagian.
— H. u. Traub, E. F., Framboësiformes Syphilid 1009.
Goodpasture, F. W. s. Teague.
Gordon, J., Malaria neben Lues 963.
Gosse, A. H. s. Punch.
Gottschalk, Beziehungen des Arsen zur Leber 963.
— A., u. Nonnenbruch, W., Strahlenenergie 1452.
Gottstein, A., Wasserglas für mikroskopische Schnitte 1356.
Gougerot, Manifeste Syphilis nach 1 Jahr lang negativer WR 1040.
— u. Fernet, Reinfektion nach Wismutkur 1186.
— — — Sarkoide 1186.
Gouin, Sigmuth 1060.
— J. u. Jegat, Y., Präventivbehandlung der Syphilis 1090.
Gould, A. G., Eiweißsensibilisierung 1068.
Grabe, E., Anaphylaktische Erscheinungen nach Genuß 1068.
Grahe, Prophylaxe bei Fleckfieber 1369.
Gram, Chr., Syphilitische Colitis 857.
Grasmann, Karl, Röntgenspätschädigungen 1251.
Grauhan, Prostatektomie 1351.
Gray, A. M. H., Acne scrofulosorum 1446.
— — — — Erythem des Gesichts 1188.
— — — — Männlicher und weiblicher Akarus 1189.
— — — — Pigmentsarkom 1188.
— — — — Ulcus rodens 1188.
Greenbaum, S. S., Kolloidakne 1445.
— — — s. Kolmer.
— — — s. Schamberg.
Greenberg, Geza, Einspritzung in das Vas deferens 1212.
Greenberger, Arthur J. u. Monroe, E., Akriflavin bei Tripper 1214.
Greenwood, A. M., Pilzkulturen 1184.
Grellety-Bosviel s. Milian.
Gröer, Fr. v., Dermoreaktionen 1244.
— — — Pharmakodynamische Hautreaktionen 1066.
— — —, Stütz, W. u. Tomaszewski, J., Kutane Pigmentreaktion 1066.
Grön, K., Erythrodermia Leiner 1177.
— — Recklinghausensche Krankheit 1443.
Grosse, Otto, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten 1045.
Grotjahn, A., Impfzwang und Gewissensklausel 843.
Grshebin, Meinickereaktion bei Lepra 846, 1125.
Gruber, G. B., Bilharziosis der Harnblase 1350.
— — — Entlausung 1484.
— — — Lebersyphilis 1157.
— Georg B., toxische Leberdystrophie 962.
— G. B. s. Frank.
— — — u. Meier, K., Sarkom der Prostata 1351.
— — — u. Reisinger, M., Communicatio recto-urethralis 1348.
Grün, E. s. Meinicke.
Grütz, O., Brucksche Reaktion 910.
— — Dermatologische Gegenwartsfragen 1356.
— — Extragenitale Syphilisepidemie 1297.
Grunenberg, K., Fall von Pellagra 1460.
Guarini, Carlo, Röntgenradiumtherapie der Psoriasis 1215.
Gueissaz, Ernest, Erythema nodosum im Wochenbett 1094.
Günsburg u. Strachow, SGR und MTR 1134.
Günther, B., Feuchter Verband 1247.
Guerricchio, A., Degeneratio genitoscleroderma 1365.
Guggenheim, R., Onychomycosis oidiomycetica 989.
Guja, K. s. Churna.

Digitized by Google

Guibal, P., Harnorgane bei Beckenbrüchen 1210.
Guillery, Tuberkuloide Strukturen 1125.
Gummert, L. s. Hohn.
Gumpert, Martin, Heimliche Prostitution 1224.
Gundermann, Ectopia testis 1019.
— Röntgenulzera 1092.
Guseff, Technik der Salvarsaninjektion 1306.
Gushue-Taylor, G., Eukalyptusöl bei Scharlach 1484.
— — — Psoriasis 1097.
*Guszman, Josef u. Rubin, Eugen, Jodchininbismut bei Syphilis 1467.
Gutfeld, F. v. u. Prag, S., Doldsche TR 909.
Gutierrez, P. D., Keratosis palmaris nach Framboësie 1444.
Gutman, Jakob, Quecksilbereinatmung 1337.
— — Quecksilberinhalationstherapie 1338.
— C., Amyloidosis der Haut 1153.
*— — Nadisan bei Syphilis 861.

Haas, Alfred, Larvierte Onanie 1045.
— Cl. s. Nathan.
Haase, Marcus, Ätiologie unbekannt 1451.
Haberland, H. F. O., Experimentelle Untersuchungen am Hoden 1192.
Habermann, Argyrie nach Silbersalvarsan 927.
— Gonorrhoische Komplikationen 927.
Hach, J. W. s. Krontowski.
Hachez, E., Sepsis und Eosinophilie 1363.
Haden, R. L. u. Jordan, W. H., Onychie bei Kaninchen 1183.
Hagemann, E., Tuberkulinreaktion 849.
Hager, B. H. u. Dersch, R., Färbung säurefester Organismen 1067.
Hagiwara, S., Blastomykose 1063.
Hajós, Karl, Salvarsan gegen Oxyuren 1044.
Halberstaedter, L. s. Blumenthal.
— — u. Simons, Albert, Röntgenwirkung 1455.
— — u. Wolfsberg, O., Röntgenbestrahlte Gewebe und Vitalfärbung 1075.
Halbron u. Barthélemy, Schwangerschaftssyphilis und Arsenbehandlung 1039.
— — — Trauma und Syphilis 1241.
— Barthélemy u. Brizard, Psoriasis provoziert durch Jodtinktur 1186.
Halkin, H., Kraurosis 1011.
Hallion, L. u. Bauer, A., Harter Schanker 855.
Hamburger, Franz, Tuberkulin perkutan 850.
Hammer, Ekzem und Impetigo 926.
*— F., Th. Veiel 1335.
Hammesfahr, C., Hodentransplantation 1018.
Hamonic, Paul 1372.
Hanauer, Fortpflanzungshygiene 1045.
Handorn, L., Serodiagnostik in der Schwangerschaft 1403.
— — s. Georgi.
— — u. Georgi, F., Zuverlässigkeit der Serodiagnostik der Lues in der Schwangerschaft 1301.
Handovsky, H. u. Heubner, W., Gerbstoffwirkung 1359.
Hanel, Günther, Malaria neben Lues 963.
Hannay, M. G., Cutis verticis gyrata 1189.
Hannen, P., Pustsche Zelluloidkapseln 993.
Harneth, W. L., Musterbehandlung des Trippers 1163.
Harrison, F. C. s. Aikins.
— L. W., Behandlung der Spätsyphilis 911.
Harry, F., Prophylaktikum gegen Gonorrhoe und Syphilis 1304.
Harttung, Wilhelm 884.
Hartwich, Adolf, Histologische Befunde nach Injektionen 1069.
— A. s. Fraenkel.
Hashimoto, T., Resorptionsfähigkeit des Subarachnoidealraums 1062.
Hassencamp, E., Ponndorfsche Impfung 1371.
— — Röntgenstrahlenwirkung auf Karzinom 1360.
Hatai, K., Erysipel 1340.
Haub, Fritz, Inversion der Harnblase 1022.
Haubenreisser, Walter, Sexualoperationen 1044.
Hauck, L., Fortschritte bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 1355.
Haurowitz, F., Methylgrün 1067.
Haushalter, P., Syphilisähnliche Hauttuberkulose 1218.
Haustein, Hans, Geschlechtskrankheiten, Gesetz 1355.
Haxthausen, Optische Eigentümlichkeit der Lupusknötchen 853.
Hayek, H. v., Stibenyl 1359.
Hayn, Franz, Blasendrainage 1014.
Hazen, H. H., Beobachtungen über Syphilis 1337.
— — — Spätresultate in der Syphilisbehandlung 1305.
Hecht, H., Angiokeratom 987.
*— Hugo, Dreimalige Ansteckung mit Syphilis 1053.
— — Kolorimetrie der WR 903.
— H., Serodiagnostische Schnellmethode 1303.
— — Vorbeugende Salvarsanbehandlung 1304.
— A. F. u. Wagner, Richard, Intrakutane Reaktionen 1066.

Digitized by Google

Hedén, K., Präventive Salvarsanbehandlung 1178.
Hedry, Nikolaus V., Krebs nach Aktinomykose 1111.
Hegler, C., Hautnekrose nach Diphtherieserum 1068.
Heimann, Willy s. Baumann.
Heinemann, H., Komplementreaktion bei Tuberkulose und Malaria 851.
— — MTR 908.
Heiner, Max, Radiumbehandlung 1092.
*Heinz, R., Terpestrol 829.
Heinrichsdorff, Leber, Lues, Salvarsan 1136.
Heissen, F., Lymphogranulomatose 1367.
Hektoen, L., Experimenteller Scharlach 844.
Heller, Julius, Nagelerkrankung durch Trichophyton violaceum 1153.
— J., Thomsensche Myotonie 959.
— 878, 879, 959.
— O., Novasurol 1407.
— — Phlogetan 991.
Helouin, Phthaleinprobe 1415.
Hempel s. Utenkow.
Henle, K., Gefäßmäler 1397.
Herb, Ferdinand, Syphilitische Zellinfiltration 1212.
Herold, K., Primäraffekte der inneren weiblichen Genitalien 1397.
Herrmann, Georg, Quarz- und Heiollampe 1076.
Herrold, R. D., Arachnoidealflüssigkeit bei Syphilis 1402.
Herxheimer, G., Lepra und Tuberkulose 1282.
— K. u. Bürkmann, A., Blastomykosis 986.
Herzberg, Kurt, Oligodynamische Metallwirkung 1069.
Herzfeld, E. u. Schmidt, Hans R., Röntgenbestrahlung und Blut 1454.
— Gertrud, Nervus acusticus bei rezenter Lues 1159.
Hess, C. v., Impfzwang und Erblindung 844.
— Fred, Novasurol-Salvarsan 964.
Hesse, E., Komplikationen der Gonorrhoe 991.
Hess Thaysen, Th. E., WR bei Aortitis 1133.
— — — — s. Mörch.
Heubner, W. s. Handovsky.
Heuck, Angiokeratom 931.
— Naevus anaemicus 931.
— Lymphangioendotheliom oder Xanthom? 931.
— Strichförmiger Nävus 931.
— 927, 935.
Hickel, P., Lebergumma 1060.
— — u. Oberling, Ch., Epitheliom nach Trauma 1059.
Hilgenberg, Friedrich G. s. Burckhardt.
Hindhede, M., Protein und Pellagra 1364.
Hines, L. E., Endamoeba histolytica in den Samenblasen 1414.
Hinton, Will. A., WR in der Schwangerschaft 1338.
Hinton, W. A. s. Day.
Hirsch, A., Einfluß des Jodkali auf die WR 1154.
— — s. David.
Hirschberg 879.
Hirschfeld, Isadore, Vincent-Infektion des Mundes 1279.
Hirst, John Cooke, Zystitis bei Kindern 1014.
Hisinger-Jägerskiöld, E., Kapillarstudien 1271.
Hobbs, F. Bedo, Striae distensae 1483.
Hobert, Hans, Blutregeneration anämisierter Mäuse 1252.
Hochsinger, Karl, Angeborene Syphilis 859.
Hochstetter, H., Haut- und Nebenhodentuberkulose 846.
Hodara, Menahem, Porokeratosis 1167.
*— — Sporotrichose 1328.
*— — u. Behdjet, Houloussi, Histologie der Epidermolysis bullosa 1288.
*— — — — — Histologie der Porokeratosis 1168.
Hodges, F. J. s. Lorenz.
Hörnicke, C. B., Chorionepitheliom beim Manne 1110.
Hoffmann, Erich, Leuchtbild mit Farbfiltern 927.
— — Sklerödem 934.
— — — nach Grippe 1111.
— — 933.
— — u. Hofmann, Edmund, Frühheilungschance bei Syphilis 1404.
— — — — — Maximale Frühbehandlung der Syphilis 1478.
— — u. Schreus, Röntgentiefenbestrahlung 928.
— — Schreus, H. Th. u. Zurhelle, E., Geschwulsterzeugung durch Teer und Paraffin 1109.
— — u. Strempel, R., Psoriasis mit Leukoderma 1153.
— — u. Zurhelle, Impfkeratitis beim Kaninchen 932.
— Heinrich, Endothelsymptom bei Lues 855.
— — Myxödem 935.
— — s. Jessner.
— W. H., Blut bei Pocken 1368.
Hofmann, Edmund, Frühdiagnose kongenitaler Syphilis 1299.
— — Furunkelbehandlung 1098.
— — 1284.

Digitized by Google

Hofmann E. s. Hoffmann.
— W., Gesichtsfurunkel 1097.
Hogan, B. M. s. Thalhimer.
Hohlweg, H., Behandlung der Zystitis 1013.
Hohn, Joseph, Wassermann-Extrakte 907.
— J. u. Gummert, L., Retroplazentarblut 1402.
Hohorst, W. u. Voelkel, H., Cuprex bei Pedikulosis 1280.
Hoke, Edmund, Tuberkulin 1371.
Holfelder, Hans, Experimentelle Strahlenforschung 1249.
*Holländer, Alfred, Bismogenol 1173.
— A., Doldsche Reaktion 906.
— — Naevus pigmentosus 1394.
*— Alfred, Natrium-salicylic.-Injektionen bei Psoriasis 1325.
— A. und Funccius, B., Cholesterinfreie Meinicke-Extrakte 1400.
Holland, W., Ikterus nach Salvarsan 988.
— — Salvarsanikterus 1178.
Hollander, L., Herpes zoster nach Influenza 1095.
— — Hypophysäre Dystrophie 1009.
Holló, J. u. Holló-Weil, E., Aspezifische Überempfindlichkeit gegen Tuberkulose 1283.
—-Weil, E. s. Holló.
Holmer, Janet A., Kahnsche Syphilisreaktion 1401.
Holmes, Gordon, Tabes 858.
Holst, L., Röntgentherapie der Haarkrankheiten 1251.
Hopkins, J. G., Wismut bei Syphilis 1181.
Horder, Th., Metastatische Gonorrhoe 1311.
Horn, W. S., Autoserumbehandlung bei Syphilis und Pneumokokken-Meningitis 1305.
— Sklerodermie 1109.
— W. u. Orator, V., Prostatahypertrophie 1016.
Horta, P., Natrol 1241.
Hottinger, A., Wirkungsweise des Schwefels 1072.
— R., Blasentuberkulose 1061.
Hoyer, Wilhelm A., Blutbild bei Erythema nodosum 1094.
Hruschtschoff, Ungenügende Ernährung bei Hg-Behandlung 1407.
Huang, Yuenkwei, MTR 907.
Hubeny, M. J., Teerkrebs 1088.
Hudelo u. Richon, Cutis verticis gyrata 1239.
— Richon u. Cailliau, Hauttuberkulose 1186.
Hübschmann, Karl 884.
Hügel, Sklerodermie 1059, 1060.
Hüper, W., Histologische Veränderungen nach Paraffininjektion 1069.
Huffer, W., Klinik für Geschlechtskranke in Toledo, Ohio 1337.
Huhner, Max, Relative Aspermie 1019.
Hunner, G. L., Ureterstriktur 1019.
Hutchins, Miller Bone 1112.
Huttner, A., Posterisan 1247.
Hutton, J. G. s. Cole.

Jacobi, Walther, Eiweißgehalt des Liquor cerebrospinalis 1402.
Jacobitz, E. u. Engering, Kodamasche Syphilisreaktion 910.
Jacobsberg, A., Herbaseife 1359.
Jacoby, Fritz, Fieber bei Salvarsandermatitis 964.
Jadassohn, Joseph, Sensibilisierung und Desensibilisierung bei den Ekzemen 926, 1459.
— 931, 932, 933, 934, 936.
— Werner, Tuberkulinwirkung 1126.
— — s. Biberstein.
— — u. Martenstein, Hans, Abschwächung der Tuberkulinwirkung durch Serum 1283.
Jaeger, H., Natur des Ekzems 1012.
— Robert u. Rump, Walther, Röntgendosimeter 1456.
Jaffé, Rudolf, Lues der Hypophyse 858.
Jakobi, Salvarsanexanthem 879.
Janet, Jules, Tripperbehandlung 1064.
Janzen, J. W. u. Wolff, L. K., Schutzpockenlymphe 1124.
Jastram, Martin, Verletzungen der Harnröhre 995.
Jeanbreau, Émile, Urologie in Frankreich 1213.
— E., Christol, P. u. Nikolitch, S., Hyperurikämie 1209.
Jegat, Y. s. Gouin.
Jersild, O., Diffusion von Uranin in den Liquor 1177.
— — Salvarsan als sozialhygienischer Faktor 1177.
Jessner, Max, Salvarsanresistente Lues 933, 1307.
— — Spondylitis luetica 1127.
— M., Sporotrichose bei Ratten 1442.
— Max 1460.
— — u. Hoffmann, Heinrich, Trichophytose 929.
— S., Haarschwund 1346.
— — Hautleiden kleiner Kinder 1346.
— — Haut- und Geschlechtsleiden 1065.
— — Geschlechtsleiden 1271.
Jianou, A., Renale Hämorrhagie 1211.
Ikoma, Torahiko, Divertikelkarzinom 1412.
Illert, E., Schutzpockenlymphe 1124.
— — Serologie der Kaninchensyphilis 1302.
Ingram, P. C. P., Rezidivierender Schanker 1298.

Digitized by Google

Joachim, H., Dermatomyositis 1006.
Jobling, J. W. u. Arnold, L., Ätiologie der Pellagra 1099.
Jötten, K. W. u. Pasch, C., Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken 969.
Jordan, Arthur, Schleimhautveränderung bei Pityriasis rubra pilaris 1154.
— A. u. Romeikowa, E., Acrodermatitis atrophicans und Melanodermie 1479.
— u. Selitzki, Dermatitis dysmenorrhoica 1099.
— W. H. s. Haden.
Joseph, Eugen, Kystoskopische Technik 1448.
— H., Ersatz von Defekten der Harnröhre 1190.
— Max, Dermatologische Diagnostik 1072.
— — Kosmetik 1347.
— — Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten 1091.
Jost, W. E. s. Scherck.
Isaac, Geschwüre im Mund 879.
— -Krieger, K. u. Löwenberg, W., Malaria neben Lues 963.
Isch-Wall s. Emile-Weil.
Ishimaru, H., Dermatitis verrucosa 1340.
Israel, Wilhelm s. Löser.
Juliusberg, F., Amyloidose der Haut 1479.
— Fritz, Blutbildende Organe nach Salvarsan 942.
Jungano, G., Urethralfistel 1447.
Junker, H., Gonorrhoische Samenblasenerkrankungen 970.
Juschtschenko, Gonokokken in einer Wunde 969.
Juster, E., Tabes 858.
— s. Levy-Franckel.
Justus, Blastomykose 935.

Kämmerer, H., Porphyrin bei Lungengangrän 1358.
Kafka, V., Körperflüssigkeiten bei Geisteskranken 1090.
— — Mastixreaktion des Liquor 1135.
— — Mittelstückphänomen der Lumbalflüssigkeit 883.
— — WR der Rückenmarksflüssigkeit 1302.
Kagawa, Tetsuwo, Liquor bei Syphilis 989.
Kahn, Ed., Urobilinogenreaktion bei Salvarsanschäden 943.
— R. L., Kahnsche Syphilisreaktion 1401.
Kaldeweg, W., WR bei Endokarditis 1133.
Kalk, Heinz s. Kauffmann.
Kantor, Impfzwang 844.
Kapferer, Impetigo herpetiformis 1276.
Kappis, Max, Sympathektomie 1278.
Karewski, F., Pruritus ani 1354.
Kartamischew, Anatol, Ödembereitschaft bei Pemphigus vegetans 1158.
Katz, Erythema multiforme 1209.
Katz, Erythrodermie en plaques disséminées 1209.
— Pemphigus der Mundschleimhaut 1209.
— H. s. Kolischer.
— Th., Weibliche Gonorrhoe 993.
Kauffmann, Friedrich u. Kalk, Heinz, Lokale Gefäßreaktion 1070.
Kaufmann, Paul, Eiweißprobe 1022.
— -Wolf, Marie, Präkarzinomatöse Alteration pigmentierter Nävi 1442.
Kawasaki, Y. s. Ota.
Kehrer, E., Frühgeburtsstatistik 859.
Keidel, A. s. Moore.
Keining, Egon, Therapie der Gonorrhoe 992.
— E. u. Wester, A., MTR 907.
Keller, Oxydasereaktionen 928.
Kemp, J. E., Syphilis der Orbita 1270.
Kenedy, D. s. Lehner.
— — u. Lehner, E., Hidrozystom 986.
Kerl, Livedo racemosa 1474.
— W., Salvarsanschäden 943.
Kermack, William Ogilvy s. Wright.
Kersting, Beda, Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen 1155.
Kessler, William Konrad 1112.
Kiefer, K. H., Doldsche TR 909.
Kiernan, James G., Geschlechtliches in der modernen Literatur 1089.
Kildruffe, Robert A., Cholesterinierte Antigene 1006.
— — — Negative WR 884.
Kimura, T., Magensyphilis 1340.
Kionka, H., Medizinische Seifen 1395.
— — Scheidendesinfektion 1353.
Kipfer, R., Eigenharnreaktion 851.
Kirchberg, Paul, Farbreaktionen im Liquor 910.
Kirchner, M., Lupus durch humane oder bovine Infektion 848, 1125.
Kirstein, F., Schutzpockenlymphe 1124.
Kissmeyer, A., Einfluß niederer Temperaturen auf Spirochaeta pallida 1399.
— — Finsenbehandlung der Akne 1178.
— — s. Boas.
Klapp, Rudolf u. Beck, Hans, Panaritium 1091.
Klare, Albert, Hautsarkom 1158.
Klauder, J. V., Wismut bei Syphilis 1181.
Klauser, Blasenvorfall 1022.
Kleeberg 959.
— Onycholysis semilunaris 878.
— Pityriasis rubra pilaris 878.
Klein, Georg, Traubenzucker bei Infiltraten 940.
— K., MTR 908.
— — s. Thomas.
Klemperer, F., Haut und Immunität 1067, 1244.
Klingmüller 934.
— V., Terpentinbehandlung 1247.

Digitized by Google

Klinicke, Konrad, Lipoidstoffwechsel der männlichen Keimdrüsen 1017.
Klinkert, D., Hautjucken und allergischer Chock 1245.
Klövekorn, Heinrich, Haarwachstum 1111.
Klopfer, Eugen, Sulfoxylsalvarsan 1307.
Klopstock, Erich, Icterus syphiliticus 1298.
— F. s. Dietrich.
Knebel, M., Cyarsal 964.
Knowles, F. C. u. Corson, E. F., Pruritus ani 1008.
— — — — Munson, H. G., Impetigo bullosa 1006.
Kobrak, Erwin, Pseudogonorrhoe 1163.
— F. Innenohrlues 1155.
Koch', K., Reizvakzine gegen Rotlauf 1363.
— Jos. u. Baumgarten, W., Tuberkulose der Halsdrüsen 848.
Köffler, Thomas, Tuberkulöse Reinfektion 852.
Köhler, Alban, Nierentuberkulose 1089.
Königsfeld, H., Komplementkonservierung 1400. 1488.
Königstein, Hans, Dunkle Flecke auf der Kaninchenhaut 1160.
— — Reaktionsunterschiede gefärbter und ungefärbter Haut 1047.
Köster, Else, Aktinomykose der Blasenwand 1412.
— Friedrich, Syphilis und Tuberkulose 1132.
Kofle, L. s. Perutz.
Kogoj, Fr., Verbindung von Epidermis und Kutis 1479.
Kok, F., Strahlenbehandlung des Karzinoms 1251.
— — u. Vorlaender, K., Karzinombestrahlung 1454.
Kolischer, G., u. Katz, H., Maligne Geschwülste der Blase 1088.
Kolle 931, 933.
— Wismuttherapie 935.
Kolmer, J. A. s. Yagle.
— — — u. Denney, O. E., WR bei Lepra 1183.
— — — u. Greenbaum, S. S., Luetinreaktion 883.
— W. u. Koppanyi, Th., Hoden von Pleurodeles 1221.
Konrich, F., Tuberkelbazillenfärbung 1244.
Koomaya, G., Follikularzysten 1063.
*— Ginji u. Rosenbaum, Ernst, Wirkung alter Kulturen pathogener Hefen 1198.
*Koopman, Impfungen mit verdünntem Tuberkulin 1253.
Koppanyi, Th. s. Kolmer.
Korteweg, R., Allergie und Miliartuberkulose 1126.
Kowalski u. Nikol, Technik der Salvarsaninjektion 1306.
Kraemer, C., Sollen alle Tuberkulösen behandelt werden 1127.
Kraft, Friedrich, Blasendivertikel 1350.
Krantz, W., Einfluß niederer Temperaturen auf Spirochaeta pallida 1398.
— — Kultivierung der Spirochaeta pallida 1487.
— Walter, Salvarsan-Silberbild von Spirochäten 880.
— — Spirochäten in salvarsanhaltigen Nährboden 880.
Kraske, H., Operation der Hängebrust 1361.
Kratter, Eduard, Mirion 968.
Kratzeisen, E., Postmortale Spirochätenvermehrung 1132.
— s. Müller.
Kraus, Rhinosklerom der Maus 931.
Krauss, T. F., Plötzlicher Tod nach Scharlach 1112.
Krebs, Blennorrhoebehandlung 928.
Kreibich, Carl, Ätiologie und Pathologie des Ekzems 923.
— Lichtfall 929.
— Neurodermitis decalvans 1441.
— Parapsoriasis 928.
— Prurigo bei aleukämischer Lymphadenose 990.
— — Tuberkulöser Riesenzellen 990.
— 935.
Kremer, W., Ektebin 1371.
Kren, Erythème pityriasique 1434.
— Fall zur Diagnose 1475.
— Milchinjektionen bei Lichen planus 1476.
— Schleimhautgummen 1475.
— O., Therapie der Hautkrankheiten 1358.
— Ulkus durch Radium 901.
Kressler, Alice, Brucksche Ausflockungsreaktion 1400.
Kretschmer, L., Gonorrhoische Keratose 1163.
— H. L., Uretersteine 1353.
Kritsch s. Bargkin.
Kritschewsky, J. L., Salvarsantod 1441.
— — — u. Friede, K. A., Salvarsanvergiftung 1441.
Krömeke, Franz, Daranyi-Reaktion 910.
Krösl, Hans, Doppelseitiger Zoster 1267.
Krogh, M. u. With, C., Stoffwechsel bei Ichthyosis 1177.
Kroh, Fritz, Saugkatheterismus 1413.
Kromayer, E., Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1066.
— 879.
Krontowski, A. A. u. Hach, J. W., Fleckfiebervirus 845.
Kroó 932.
— s. Buschke.
Kropp, L., Fettsteine der Blase 1350.

Digitized by Google

*Kruchen, C., Meinicke-Reaktion 945.
Krüger, Acne occupationis 1435.
— Cheiropompholyx mit vermehrtem Blutzucker 902.
— Folliculitis sclerotisans nuchae 1435.
— Gummata serpiginosa 1435.
— Nageldystrophie 902.
— Pityriasis lichenoides 1435.
— Ulcus dorsi pedis 902.
Krupnikow s. Bogrow.
Kümmell, H., Sympathektomie 1457.
Küstner, H., Röntgen-Dosimetrie 1456.
Kumer, Leo, Eczema mycoticum 1477.
— Lupus der Kopfhaut 903.
— Pemphigus 903.
— Lupus disseminatus miliaris 1159.
— Radiumbehandlung der Gefäßgeschwülste 1456.
— 860.
— s. Arzt.
Kundratitz, Karl, Masernprophylaxe 1281.
Kusnetzowsky, N. J., Xanthom der Sehnen 1110.
Kyrle, J. 860.
— 931, 933, 1438.

Lacapère, G., Arsen-Jonoid bei Ekzem 1041.
— u. Lépinay, Lokalisierte Salvarsanausschläge 1039.
Lacroix, A. s. Montpellier.
— — — Raymond.
Laemmle, K., Entfernung von Warzen 1277.
Läwen, A., Fortschreitende pyogene Prozesse im Gesicht 1274.
— — Nervenvereisung bei angiospastischen Schmerzzuständen 1457.
Lambert, R. A., Orientbeule 1098.
Lamprecht, Andriol-Wismut 931.
— Lichen planus 1435.
Lamy, Louis s. Leri, André.
Landau, Hans, Prostatahypertrophie 1017.
— H., Wunddiphtherie 1095.
Landsberger, Max, Tuberkulose und Syphilis 1132.
— M. s. Ellinger.
Lane, J. E., Daniel Turner und die Prophylaxe der Syphilis 1182.
— — — Poiciloderma atrophicans 1444.
Lange, Bruno, Tuberkulose weißer Mäuse 848.
— — s. Neufeld.
— Cornelia de, Herpes zoster und Varicella 1095.
— Kurt s. Maoul.
— Ludwig u. Fraenkel, Manfred, Wirkung der Röntgenstrahlen auf Tuberkelbazillen 1250.
Langemak, Paronychiebehandlung 1363.
Langer, Erich, Quecksilberdermatitis 965.
*— — Seltene Leukoderme 913.
Langer s. Buschke.
— E. u. Rosenbaum, E., Trichophytie im Kindesalter 1368.
Lanzenberg s. Pautrier.
Lapinsky, M. N., Thelygan 1023.
Larrabee, R. C., Bluttransfusion bei Purpura 1093.
Latzky, D. s. Faerber.
Laurent, Ch., Oxyazetyl-Aminophenyl-Arsen 1240.
— — u. Dujol, Ambulatorium für syphilitische Schwangere 1240.
— Marcel, Erytheme u. vagosympathisches Gleichgewicht 1039.
Laurentier, Ch., Syphilom 1339.
Lebeuf, F. s. Nicolas.
Lebrun, M., Urethrozele 1210, 1211.
Leclerc, H., Ricordsche Pillen 965.
Leder, Gerhard, Blutplättchen und Salvarsan 961.
Lefèvre s. Lortat-Jacob.
Legrain, P. s. Lortat-Jacob.
Legueu, Harnneurose 994.
— Prostatakrebs 1351.
Lehner, Emerich, Anaphylaktischer Schock 1452.
*— — Erythem und Zoster nach Wismutinjektion 1107.
— E. s. Kenedy.
*— — u. Kenedy, D., Netzförmige Hautveränderungen 1049.
Leitch, A., Karzinomforschung 1278.
Lenk, Robert, Röntgendiagnose der Aortenlues 856.
*Lenz, A., Hautdiphtherie 1116.
— Adolf, Dauerkatheter 1015.
— F. s. Baur.
Leon, Alice, Agranulozytosen 1365.
Lépinay, E., Natriumbisulfit bei Krätze 1240.
— — Urtikaria nach Wismutinjektion 1039.
— s. Lacapère.
Leredde, E., Diagnose der hereditären Syphilis 1129.
— Epilepsie durch kongenitale Syphilis 1040.
— Psoriatiker und Syphilis 1039.
— Salvarsandosierung 1239.
— 1185.
— u. Loiselet, Methodik in der Syphilisbehandlung 1240.
— — Nicolau, Neurovakzinale Gehirnentzündung 1485.
Léri, André u. Tzanck, Recklinghausensche Krankheit 1042.
— — Syphilitische Vitiligo 1038.
— — u. Lamy, Louis, Sklerodermie und Vitiligo 1038.
Lermoyez, M. u. Ramadier, J., Respiratorische Paralyse des Kehlkopfes 857.
Lesser 959.

Digitized by Google

Leusch, O., Pocken in Zürich 1123.
Levaditi, C. u. Nicolau, S., Neurotrope Ektodermosen 1369.
— — — — — Wismut 1489.
Leven, Abortivbehandlung der Syphilis 1214.
*— Entstehung der Muttermäler 873.
*— Psoriasis, Jodwirkung u. Ätiologie 999.
Levi, Italo, Reaktion von Gaté u. Papacostas 1488.
Levy, D. M. s. Muchow.
Lévy, George s. Pautrier.
Lévy-Bing, Ferond u. Demerliac, Glukarsenan 1341.
Lévy-Franckel, A., Syphilisbehandlung 938.
— 1185.
— u. Juster, Alopecia areata 1037.
— — — Endokrino-Sympathikus-System und Hautleiden 1277.
— Juster u. van Bogaert, Alopecia areata 1238.
— — — Rimet, Keratodermia palmaris 1038.
Levy-Lenz, Rivanol bei Ulcus molle 969.
Liebermann, L. v., Impfzwang 844.
Liebesny, P., Kapillarkreislauf im Höhenklima 1451.
Liebner, E. u. Rado, T., Neosilbersalvarsan 940.
Lieschied s. Brandt.
Lieschke, G., Ponndorfsche Impfung 1127.
Lifschütz, J., Lanolin und Euzerin 1248.
Lignac, G. O. E., Hautpigment 1100.
Lima, J. A. Pires de, Onychogryphosis 1179.
Lindberg, K., Pigmentfrage 1180, 1339.
Lindenberg, A., Leishmaniose 1098.
Lindenfeld, L., Meningitis gonorrhoica 971.
Lippert, Naevus linearis 1443.
Lippmann, H., Bromnatrium bei Tabes 968.
Lipschütz, Alexander, Zwischenzellen 1414.
— B., Einschlußkrankheiten 1458.
— — Erythema migrans 1395.
— — Hämorrhagisch-toxisches Erythem 1439.
Lissmann, Störungen der Ejakulation 1019.
Little, E. G. Graham, Folliculitis ulerythematosa 1189.
— — — — Hautdiphtherie 1189.
— — — — Keloid 1061.
— — — — Lupus erythematosus 1446.
— — — — Mycosis fungoides 1189.
— — — — Sklerodermie 1061.
— — — — Urticaria pigmentosa 1188.
Lix, A. s. Roederer.
Lockemann, G. s. Wechselmann.
Lodge, L. u. W. O., Zoster ophthalmicus 1272.
Loeb, H., Mannheimer Beratungsstelle 1416.
Löhe, H., Gonorrhoebehandlung 1163.
Löser, Alfred u. Israel, Wilhelm, Pseudohermaphroditismus 1354.
Loevenhart, A. S. s. Lorenz.
Löwe, Walther, Kutanreaktion bei Tuberkulose 850.
Löwenberg, W. s. Isaac-Krieger.
Löwenfeld, W., Gegen Therapie refraktäre Luesfälle 1153.
— — Salvarsanresistente Lues 1406.
Löwenstein, G. u. Schapiro, B., Gonorrhoischer Fluor 993.
Lohmann, W., Goldsolreaktion 1153.
Loiselet s. Leredde.
Lomholt, S., Finsenbehandlung des Ekzems 1177.
— — X-Strahlen bei Dermatosen 1177.
Lommatsch, R., Färbung des Tuberkelbazillus 846.
Lorand, A., Haarausfall 1271.
Lorentz, Friedrich H., Gonokokkennährboden 969.
Lorenz, W. F., Loevenhart, A. S., Bleckwenn, W. J. u. Hodges, F. J., Tryparsamid 1307.
Lortat-Jacob, Hyperkeratose und Sympathicus 1040.
— u. Legrain, Autohämotherapie 1074.
— L. u. Legrain, P., Chronisches Ekzem und Amenorrhoe 1038.
— u. Legrain, Urticaria pigmentosa 1041.
— Legrain u. Lefèvre, Hyperkeratose des Thenar 1040.
— — — Solente, Generalisierte Vakzine 1040.
— u. Solente, Erythrodermie 1239.
— — — Gonorrhoische Keratose 1186.
Louste u. Dauptain, Lymphangiom, Angiom und keratotischer Nävus 1039.
—, Thibault u. Barbier, Porokeratosis 1186.
— — — — Tuberkulid 1038.
Lovelace 1109.
Lubarsch, O., Lipofuszin 1099.
Luca, Rocco de 1224.
Luda, Georg, Antikonzeptionelle Schutzmittel 1045.
Ludwig, A., Elastische Fasern 1450.
Lüscher, Ery, Kapillarkreislauf im Höhenklima 1451.
Luithlen, Ekzem 926.
Lumme, G., Wismutsaum 1310.
Lunecke s. Memmesheimer.
Luze, Purpura 985.
Lynch, K. M., Leptus und Schimmelpilze 1008.
Lyon, A., Hutchinsonscher Zahn 1339.

Digitized by Google

Mackenzie, A. R. u. Wells, E. D., Sarkom der Nasenmuschel 1367.
Mac Cormac, H., Fälle zur Diagnose 1061.
— — Henry, Fall zur Diagnose 1189.
— — H., Hämorrhagisches Sarkom 1061.
— — Henry, Lupus vulgaris 1189.
MacLeod, J. M. H., Urticaria pigmentosa 1188.
Mac Neal, W. J. u. Willis, G. S., Karzinom nach Radium 1092.
März, F., Enzephalitis durch Salvarsan 963.
Magel, D. M. P., Genitale Tuberkulose und Syphilis 1192.
Mahoux s. Chatellier.
Mallia s. Sutton.
Maloney, E. R. s. Trimble.
Manteufel, P., Sind die Spirochäten sauerstoffscheu oder -bedürftig 880.
Maoul, H. u. Lange, Kurt, Röntgenbestrahlung der Lymphogranulomatose 1455.
Marburg, O., Nervensyphilis und Frühbehandlung 937.
Marcus, K., Wismutsalze bei Syphilis 1176.
Marcuse, Julian, Soziale Struktur der geheimen Prostitution 1046.
Marfan, A. B., Diagnose der hereditären Syphilis 1129, 1130.
Marie, P. L., Masern 844.
Marion, G., Hydropyelonephrosis calculosa 1211.
— — Nekrose der Niere 1447.
Markowits, Emerich, Röntgenschutz 1251.
Marshall, V. F. u. Carlson, G. W., Blasentuberkulose bei einem Tabiker 1412.
Martenstein, H., Achorion Quinckeanum 988.
— u. Schapiro, Haut und Immunität 1245.
Martin, Alfred, Aussatzschau 845.
— — Luthers Steinkrankheit 1089.
— — Syphilisepidemie des 15. Jahrhunderts 1344.
— H. s. Nathan.
— J., Kurzschluß im Zystoskop 1210.
— — Pyelonephritis der Graviden 1447.
Martinotti, L., Verhornungsanomalien 1216.
Matsumoto, S. 1100.
Matsuura, T., Lungensyphilis 1339.
Matzenauer, R., Neomerlusan 965.
Mau, E., Zwergwuchs 1276.
Mayer, Heinrich, Skolopenderbiß und Skorpionstich 1152.
Mayerhofer, E., Herpes zoster und Varizellen 1362.
Mayo, W. J., Drüsenschwellung nach Infektionen 1071.
Mc Call, John Oppie s. Stillmann.
Mc Carthy, J. F. s. Meeken.
Mc Clure, W. B. u. Aldrich, C. A., Zeit bis zum Verschwinden injizierter Salzlösung 1358.
Mc Clure Young, H., Vesikovaginalfistel 1212.
Mc Connell, G., WR bei Malaria 1302.
Mc Donagh, J. E. R., Mangan 1061.
— — — — — Rezidivierendes Erysipel 1189.
Mc Dowell, J. Edward, Metastatische Gonorrhoe 1213.
Mc Kean, J., WR bei Nichtsyphilis 884.
Mc Wanklyn, W. C., Hämorrhagische Varizellen 844.
Mc Wigley, J. E., Ringförmiges Syphilid 1270.
Meeken, L. H. u. Mc Carthy, J. F., Ureterenkarzinom 1415.
Meier, K. s. Gruber.
Meine, F., Idiosynkrasie gegen Quecksilber 1248.
Meineri, P. A., Syphilitischer Diabetes 858.
Meinicke, Ernst, MTR 907.
— — Wassermann-Extrakte 907.
— E. u. Grün, E., MTR 1134.
— — — — — — mit cholesterinfreien Extrakten 906.
Meirowsky, Riesennävus 1159.
Mellanby s. Anwyl-Davies.
Memmesheimer, A., Physikalisch-chemische Serumuntersuchungen 1357.
*— Alois, Salvarsanmischspritze 1334.
— Serumuntersuchungen 930.
— Traubenzucker im Blut Syphilitischer 989.
— u. Lunecke, Liquorpositive Luesfälle 1480.
Ménard u. Mozer, M., Syphilis bei Knochen- und Gelenkerkrankungen 1298.
Mendel, K. s. Alexander.
Mertens, Melanomschimmel 930.
Meschtscherski, Entartung durch vererbte Syphilis 1130.
Meuschel, H. s. Schade.
Meyenburg, H. v., Schweißdrüsenadenome 1108.
Meyer, Erich, Salvarsanschäden 944.
— P., Physiotherapie des Pruritus 1095.
— s. Milian.
Michaelis, R., Fibromyom der Harnröhre 1349.
Michelson, H. E., Lichen nitidus 1182.
Mierenet, C. W. G., Hautveränderungen durch elektrischen Strom 1272.
Michon s. Frühinsholz.
*Mierzecki, H., Blutsenkungsgeschwindigkeit und Eosinophilie bei akuter Gonorrhoe 1101.
*— — Farbenversuche bei Ausflockungsreaktionen 1202.
Miescher, G., Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen 1249.

Digitized by Google

Mietling, Hans, Hämoklasische Krise 1357.
Milani, G., Glykosurie bei Heredolues 1128.
Milian, G., Rezidivierender Herpes am Gesäß 1185.
— — u. Meyer, Atrophisches syphilitisches Erythem 1239.
— u. Périn, Quinckesches Ödem 1239.
— — — Raynaudsche Krankheit 1041.
— — — Sarcomatosis Kaposi 1041.
— Périn u. Grellety-Bosviel, Psoriatische Erythrodermie 1041.
— — u. Meyer, Vitiligo mit Erythem 1239.
Miller, X., Gonorrhoebougie nach Dannemann 1312.
Milliken, L. F., Phenolsulfophthalein 1343.
Mills, C. H., Arsenobenzol 1009.
Milner, A. E., Diathermie bei Lupus 853.
Minami, Adenoma sebaceum 1062.
— Seigo, Alopecia keratotica tuberculosa 1156.
Mitsuda, T., Epithel und Bindegewebe bei Transplantation 1047.
Miyake, Isamu, Livedo racemosa 1062.
Moberg, L., Schwefelöl bei Psoriasis 1177.
Mock, Franz, Aortenerkrankungen 937.
Moll, Albert, Sexuelle Anästhesie der Frau 1222.
— Leopold, Hg und As-Dosierung 964.
*Möllendorff, Wilhelm v., Gefärbte Strukturen in fixierten Präparaten 1417, 1429, 1434.
— — — s. Eckstein.
Möller, R., Nomaähnliche Erkrankung 1275.
Mörch, L. R. u. Hess Thaysen, Spontane Abweichungen in der Stärke der WR 1301.
Moewes, C., Tuberkulinreaktionen 1370.
Moncorps, Carl, Kongenitale Phimose 1412.
— 930.
Monferratos-Floros, Kaethe u. Sato, Goro, Beobachtungen bei der WR 1301.
Monges, Jules, Magensyphilis 857.
Monse, E., Lebergumma 857.
Montague, J. F., Pruritus ani 1221.
Montesano, Vinzenzo, Stomosine bei Tripper 1343.
Montgomery, D. W. u. Culver, G. D., Lichen planus der Glans 1183.
— — — — — — — Epitheliom des Ohrläppchens 1007.
Montpellier, J. s. Raynaud.
— — u. Lacroix, A., Pseudocolloid-Naevus 1180.
Moody, Wilson B., Fällungsreaktion bei Syphilis 1133.
Moog, Otto, Hautwasserabgabe durch Pilokarpin, Atropin und Adrenalin 1243.
Mook, W. H. u. Weiss, R. S., Xanthom 1182.
Moon, V. H., Präzipitinreaktion bei Syphilis 1303.
Moore, J. E. u. Keidel, A., Familien-Nervensyphilis 1128.
Moral, H., Immunisatorische Fähigkeit der Haut 1357.
Morath, Walther, Syphilis mit einer Kur ausgeheilt 941.
Morawetz, G., Variolaimmunität 986.
Mori, S., Fettsäurefärbung durch Kresofuchsin 1340.
Morris, Malcolm 1372.
Morton, W. H., Chronische Gonorrhoe der Prostata 1492.
Mott, F. W., Nervensyphilis 911.
Mouchet, Orchitis durch Torsion der Morgagnischen Hydatide 1352.
Moulin, F. de, Verhornungsprozeß 1242.
Moutier u. Rachet, Autohämotherapie 1248.
Mouton-Chapat s. Spillmann.
Mozer, M. s. Ménard.
Much, H. s. Fraenkel.
Mucha, Argyrie 928.
— V. u. Satke, V., Liquor bei Syphilis 985.
*Muchow, Hermann, Neue Lupustherapie 1113.
*— H. u. Levy, D. M., Neue serologische Methode bei Lepra 1225.
Mühle, K., Bismogenol 1154.
Mühlmann, Röntgenreizbestrahlung 1454.
Mühlpfordt, H., Fixer Salvarsanausschlag 1407.
Mühsam, Eduard, Hodenpunktion an der Leiche 1018.
Müller, A., Framboësie und Syphilis 854.
— Alb., Pocken 1123.
— C., Priapismus 1190.
Mueller, E. F., Aortensyphilis 1089.
Müller, E. F., Haut und Immunität 1244.
— — — Leukozytensturz nach Intrakutanimpfung 1070.
— Franz s. Fuld.
— G., Geruchsdiagnostik und Syphilis 1300.
— Hugo, Wismut 968.
— — u. Blass, Wismutresorption im Gewebe 935.
— H., Blass u. Kratzeisen, Nadisan 1408.
— Otfried, Kapillarmikroskopie 1243.
— Rudolf 1100.
— Werner, Leukozytensturz nach Intrakutanimpfungen 1357.
— Haut und Nervensystem 929.
— 933.
Mulzer, Paul, Experimentelle Syphilisforschung 931.
— — Kompendium der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1242.
— — Quecksilber-Schmelzstäbchen 966.
— — s. Plaut.

Digitized by Google

Munro, W. T., Lungensyphilis 857.
Munson, H. G. s. Knowles.
Munter, Hans, MTR 908.
Myers, C. N., Argyrosis 1337.
— — — s. Fordyce.

Nachmansohn, M., Homosexualität 1354.
Naegeli, Pocken in Zürich 1123.
Nagel, V., Argentozystol 1347.
— — Bismogenol 1410.
Nakagawa, K., Innere Sekretion 1063.
Nakajima, A., Harnsteine 1062.
Nander, N., Salvarsandermatosen 1178.
— — Kolloidreaktionen im Liquor 1177.
Nast 933.
Nathan, Ernst 860.
— 933.
— E. und Haas, Cl., Lupus erythematosus 985.
— — — Martin, H., Serumreaktion bei Wismutbehandlung 1310.
— — — — — Verfeinerungsmethoden der WR 1154.
Nattan-Larrier, L., Erreger des Fleckfiebers 845.
Neergaard, K. v., Silberpräparate 1452.
Negro, M. und Colombet, G., Phenolsulfophthaleinprobe 1447.
Nehring, Erhard, Feststellung der Tuberkulose 850.
Netherton, Earl W., Melanom 1445.
— — — Prurigo nodularis 1270.
Neubürger 932.
Neuda, Paul, Redlich, Fritz u. Sielmann, Hans, Röntgenkater 1251.
Neufeld, F. u. Lange, Tuberkuloseimmunität 847.
Neuhaus, W., Hautblutungen 1252.
Neumann, Fr., Kaninchenspirochätose 882.
— — Spontane Kaninchensyphilis 1132.
Neumark, E. s. Ditthorn 1449.
Neustadt, A. u. Stadelmann, E., Tuberkulin verschiedener Herkunft 850.
Neuwirt, Karl, Reflexanurie 1021.
Nevermann, H., Röntgenallgemeinschädigung 1455.
Neveu-Lemaire, Lepra in den Kolonien 846.
Ney, G. C., Eingewachsener Nagel 1112.
Nichols, W. C. u. A. A., Syphilitische Reinfektion 1127.
Nicolas, J., Gaté, J. u. Lebeuf, F., Lichenoider Ausschlag nach Wismut 1187.
Nicolau, S. u. Blumental, Airol bei Syphilis 1396.
— — s. Levaditi.
Niedermeyer, A., Mundbodenphlegmone 1367.
Nikol s. Kowalski.
Nikolitch s. Jeanbreau.
Nishiura, K., Parakeratose 991.
Nissen, Rudolf, Sexualpathologische Fragen 1044.
Nitschke, Walther, Blutbefunde bei kongenitaler Syphilis 1130.
Nobl, Gabor, Anetodermie 1474.
— Lupus erythematodes der Zehen 900.
*— — Neurodermitis und Alopezie 1320.
*— — Sonderformen des Lupus erythematosus 1373.
— Purpura und Spätsyphilid 902.
— Sarkoid 1436.
Noeggerath, C. u. Reichle, H. S., Rektal verabreichtes Salvarsan 1404.
Nölle, Wilhelm, Spirochaeta pallida in Zervix und Urethra 1300.
Nolten, Neosilbersalvarsan 941.
Nonnenbruch s. Gottschalck.
Nover, H., Zyarsal 964.
Nürnberger, Ludwig, Milzbestrahlung bei gynäkologischen Blutungen 1023.

Oberling, Ch. s. Hickel.
Obermiller, Lichen planus 988.
Ochsenius, Kurt, Enuresis 996.
O'Conor, V. J., Karzinom der weiblichen Harnröhre 1344.
— — — s. Corbus.
O'Donovan, W. J., Karzinom bei 21jähr. Mädchen 1189.
— — — Salzsäureausschlag 1189.
Oelze, F. Walther, Gonorrhoische Keratose 1440.
— — — Instrument zur Gonorrhoetherapie 928.
— — — Lymphdrüsenpunktion bei Syphilitischen 880.
Ohmori, D., Histopathologische Studien an Prostata und Samenblasen 1016.
Ohno, Takeshi, Spermatozele 1063.
O'Keefe, E. Scott, Eiweißsensibilisierung 1245.
Oliver, Jean 1136.
— J. u. Douglas, Biologische Reaktionen des Arsphenamin 1008, 1182.
Oppenheim 902, 1438.
— Acne syphilitica 1475.
— Aplasia cutis congenita 1475.
— Lichen scrofulosorum 1475.
— — trichophyticus 1475.
— Zirkumskripte Atrophie am Kopf 1474.
Opitz, E., Karzinom der weiblichen Geschlechtsorgane 1360.
Orator, V. s. Horn.
Orgel, S. Z. s. Chargin.
Orlow, Lichen planus 1097.
Orlowski, Paul, Schönheitspflege 1242.
Oschinsky, Fritz s. Biberstein.
Ostwald, W. 936.
— Wolfgang, Spezifisch-unspezifische Behandlung der Syphilis 1305.

Digitized by Google

Ota, M. u. Kawasaki, Y., Eczema marginatum 1062.
Oury, P. s. Rabut.
Outerbridge, G. W., Anurie durch Sublimatspülung 1021.
Ouzilleau, Elephantiasis am Kongo 1109.

Padua, R. G., Pockenimpfung auf den Philippinen 1282.
Paetzel, W., Pyozyaneusinfektion 1273.
Page, M., Hebephrenie und Arsenobenzol 1398.
Paldrock, A., Lepra behandelt mit Kohlensäureschnee 1156.
Palmieri, V. M., Kutanreaktion bei Tuberkulose 850.
Pankow, Luesuntersuchungen bei Mutter und Kind 1301.
Pappenheim, M., Liquor bei nicht nervöser Lues 1442.
— Martin, Lumbalpunktion 1066.
Pardo-Castello, V., Syphilitische Atrophie 1007.
— — Wismutsalze bei Syphilis 1008.
Parisot, J. u. Simonin, P., Autohämotherapie bei Zoster 1218.
— — — — — Urtikaria durch Hühnereiweiß 1218.
Parkheiser, Th., Rongalitweißbild 1154.
Parounagian, M. B. u. Goodman, H., Herpes zoster generalisatus 1007.
— B. u. Goodman, Herm., Primäraffekt 1337.
Pasch, C. s. Jötten.
Pasini, A., Idiopathische Hautatrophie 1216.
Patterson, N., Diathermie bei malignen Neubildungen 1278.
Pattin, A. H. Cooper, Ungewöhnliche Varizella 1485.
Patzschke, W., Wismut bei primärer Syphilis 1309.
Paul, Fritz, Aneurysma der Bauchaorta 1130.
— s. Epstein.
Paul-Boncour, G. u. Clement, Jean, Sulfarsenol 941.
Pautrier, Tuberöses Angiom 1219.
— L. M., Lichen planus nach Salvarsan 1060.
— — — Sigmuth 1059.
— u. Boëz, Tuberkuloide Lepra 1060, 1219.
— L. M. u. Eliascheff, O., Aleppobeule 1059.
— Lévy u. Lanzenberg, Papilläres Epitheliom 1219.
— L. M. u. Roederer, J., Lichenifikation der Genitalfalten 1059.
— u. Roederer, Lupoid 1060.
— — — Orientbeule der Nase 1219.
Péhu, Infantile Syphilis 879.
Peiser, Bruno s. Buschke.
Pels, J. R. u. Bayne-Jones, S., Verwechslung elastischer Fasern mit Myzelfäden 1183.
Pels-Leusden, Röntgengeschwüre 1360.
Pendergrass, E. P. u. Ravdin, J. S., Xeroderma pigmentosum 1088.
Perez, Albert, Prostatahypertrophie 1016.
Périn s. Milian.
Perkel s. Feldmann.
*Perl, Heinrich, Minimaldosen in der Dermatologie; Behandlung des Röntgengeschwürs 1056.
— — Physikalische Therapie d. Geschlechtskrankheiten 971.
Pernet, George, Lupus erythematosus und Sklerodaktylie 1341.
Perrier, H. s. Brun-Payerne.
Perutz, A., Gonorrhoebehandlung 1411.
— — Moderne Gonorrhoebehandlung 1492.
— — u. Kofle, L., Oleum Santali 985.
— Alfred, Oleum Santali 972.
— Monobromkampfer 928.
— Organluetin 969.
Peschic, S., Skorbutepidemie 1275.
Peters, W., Funktionelle Nierendiagnose 1020.
— — Prostatektomie 1017.
Petroff, Nicolai, Resektion der Harnröhre 995.
Petrow, Extragenitale Syphilisinfektion 1372.
Pette, H., Frühzeitige Nervensyphilis 1299.
Peytoureau, Schwefelwässer 1247.
v. Pezold, Salvarsanmischspritze 1407.
Pfeiffer, J. A. F., Nervensyphilis 858.
Pflüger, H., Zahnveränderungen bei Lues congenita 1487.
Phélip, L., Vesikale Endoskopie 1413.
Pflaumer, E., Niereneiterungen 1062.
Philipowicz, J., Sympathektomie 1094.
Philippson, A., Experimentelles Karzinom 1278.
Philippsthal, Schweinerotlauf 1363.
Picard, H., Hochfrequenztherapie von Strikturen 1460.
— Hugo s. Siedamgrotzky.
Pick, E., Goldsolreaktion 1442.
Picker, R., Staphylokokkenausscheidung durch die Harnorgane geheilt nach Tonsillektomie 1021.
Picot, G. u. Ruppe, Ch., Syphilis des Unterkiefers 1127.
Pilcz, A., Metalues 938.
Pilot, J. s. Brams.
Pils, Melkerknoten 1439.
Pinctower, A., Quecksilberschmelzstäbchen 966.
Pincussen, Ludwig, Mikromethodik 1092.
Pinkus 933, 935, 959.
— Felix, Geschlechtskrankheiten in England 1355.

Digitized by Google

Pinkus, F., Salvarsanfrage 1306.
— Therapie des Ekzems 925.
Pires, Penis bifidus 994.
Pirkner, Ernst H., Zystoskopische Radiumbehandlung 1212.
Planner, Herbert 860.
— — Keratitis parenchymatosa 901.
— —. Psoriasis der Palmae 901.
— — u. Strassberg, E., Epitheliosis acneiformis 986.
Platz, O., Tuberkulinsalbe 851.
Plaut, F., Liquor bei Kaninchen 931.
— — u. Mulzer, P., Salvarsanbehandlung der Kaninchensyphilis 1407.
— — — — — Spirochäten von Paralytikern 881.
— — — — — Wismut bei Kaninchensyphilis 966.
— — — — — WR des Kaninchenliquor 1399.
Plicque, A. F., Fieber bei Syphilis 1297.
Podestà, G. B., Kalomel endovenös bei Syphilis 1407.
— — — Spirochäten in Inguinaldrüsen 881.
Podwyssotzkaja, Eigenblutserum b. Hauttuberkulose 853.
Poehlmann, A., Gelenksyphilis 1487.
Pöhlmann, A., Vorbeugende Salvarsanbehandlung 939.
Pokorny, Adolf, Angiolupoid 1156.
— Neurodermitis 926.
Polak, J. E., Livedo racemosa 1158.
Polito, E. F. 884.
Polland, R., Dermatitis dysmenorrhoica 1153.
— — Exfoliierende Erythrodermie im Kindesalter 1153.
Pomaret, M., Blutdruck nach Arsenobenzol 960.
— Marcel, Nitritoide Krise 960.
— u. Didry, Quecksilber und Wismut 1041.
— Urotropin bei Hühnerspirillose 1179.
Pontoizeau s. Gastou.
Pontoppidan, Börge s. Boas.
*Popowa, A. N,, Arsalyt 920.
Pordes, F., Funktions- und Wachstumsreiz bei Röntgenwirkung 1454.
Porias, Dermatitis herpetiformis 1436.
— Erythema multiforme 1436.
Porosz, Moriz, Dysidrosis sicca lamellosa 1214.
— — Selbstherabsetzung 1089.
Port, Friedrich, Wundscharlach 845.
Portner, E., Erkrankungen der Harnröhre 971.
— Ernst, Erkrankungen der Blase 996.
— — — des Penis 995.
Posadas, Joaquin Nin 1460.
Posey, W. Campbell, Alopezie und Poliosis der Augenlider 1280.
Potel, G. u. Gordier, P., Wanderniere 1064.
Praetorius, G., Pathologie der Prostata 1061.
Prag, S. s. Gutfeld.
Prausnitz, C. u. Stern, M., Wesen der WR 1133.
Preindlsberger, Josef 860.
Priesel, A., Pseudohermaphroditismus 1044.
Priesnitz, Goluthan 1304.
Priestley, A. H., Präzipitationsreaktion 1303.
— — — — bei Syphilis 1303.
Primrose, E. J., Augenkranke Geschlechtskranke 854.
Prinzing, F., Gefahren der Aufhebung 843.
Pulay, Erwin, Blutchemie in der Dermatologie 1270.
— — Energie-Stoffwechsel in der Dermatologie 1277.
— — Erwiderung auf die Bemerkungen von Urbach über Pulays blutchemische Arbeiten 1277.
— — Vegetatives Nervensystem und Haut 1356.
Pulvermacher 935.
Punch, A. L. u. Gosse, A. H., Komplementbindung bei Tuberkulose 1370.
Pusey, William Allen 1024.
Putter, E., Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege 1046.

Quattrini, Mario, Melanin 1214.
— M., Ichthyosiforme Erythrodermie 1216.
Queyrat, Syphilis in Marokko 1238.
Quénu, Jean, Nephrektomie 1353.
Quick, D., Krebs der Mundhöhle 1088.

Rabeau, H. s. Ferrand.
Rabut, R., Intramuskuläre Arsenbehandlung 1090.
— Calliau u. Richon, Livedo mit Atrophie 1185.
— R. u. Oury, P., Purpura nach Arsenobenzol 961.
Rachet s. Moutier.
Rado, T. s. Liebner.
Raecke, Paralyse- u. Tabesproblem 1129.
Rajka, Edmund, Dysidrose 1158.
— — s. Seemann.
Ramadier, J. s. Lermoyez.
Ramazzotti, Virginio, Sklerodermie 1215.
Ramel, Lupus erythematodes, Pathogenese 934.
— E., Oleo-Wismut 1162.
Randak, Argyrie 1439.
— Erythema multiforme 1477.
— Gummen ad nates 1477.
— Lichen planus 903.
— Naevus anaemicus 901.
— Pemphigus 1439.

Digitized by Google

Randak, Stomatitis Plaut-Vincent 1439.
— Tertiäre Lues 901.
Randall, Alexander 1372.
Raphaelson, Lily, Hydronephrose bei infantiler Phimose 1020.
Rasch, C., Eczema marginatum 1176.
Raspillier s. Spillmann.
Ravaut, P., Kongenitale Syphilis und Sensibilisationserscheinungen 1300.
Ravdin, J. S. s. Pendergrass.
Raven, M. H., Vierte Krankheit 1112.
Raynaud, Montpellier u. Lacroix, Erythrodermie und Salvarsan 1240.
— M., Montpellier, J. u. Lacroix, A., Lymphatische Prurigo 1011.
Rebaudi, Ulisse, Lichen sclerosus 1216.
Redisch, Walther, Hormonale Beeinflußbarkeit des Kapillarsystems 1365.
Redlich, Emil, Schützt frühzeitige Behandlung vor Metalues 1129, 1403.
— Fritz s. Neuda.
Reich, F., Elephantiasis hereditaria 1361.
Reiche, A., Varizellen und ultraviolette Strahlen 844.
Reichle, H. S. s. Noeggerath.
*Reif, Fritz, Bindegewebsentzündung des männlichen Beckens 1086.
Reinecke, R., Männliche Genitaltuberkulose 1414.
Rejsek s. Burnier.
Reisinger, M. s. Gruber.
*Reiss, Friedrich, Onycholysis trichophytica 891.
Réthi, A., Operation der Sattelnase 1486.
Retterer, Entwicklung der Haare 1041.
— Ed., Epithelialer Ursprung der Hautpapillen 1187.
— E. u. Voronoff, S., Überpflanzung von Schimpansenhoden 1446.
Reyn, A., Behandlung von Tuberkulose 1369.
Richon s. Hudelo.
— — Rabut.
Richter, C. s. Scholtz.
— E., Ponndorf-Impfung 1283.
— V., Nierenchirurgie 1447.
— W., Wismuttherapie 1308.
Riddoch, G., Hirnlues 1299.
Riecke, Erhard, Salvarsanexantheme und Lichen ruber 1155.
— Symptomatologie des Ekzems 925.
Rieder, Wilhelm, Gesichtsfurunkel 1274.
— W., Karbunkelbehandlung 1098.
Riehl, Gustav, Starkstromverletzungen 928, 1362.
Rietschel, Enuresis 996.
Rimet s. Lévy-Franckel.
Ringler, A., Neurazen 1452.
Riser s. Cestan.
*Ritter, Hans, Bismogenol 1077.
— — Leukozytensturz nach Intrakutanimpfung 1071.
Ritz, H., Wismuttherapie 1308.
— — u. Wüest, H. M., Chemotherapeutische Leistungsfähigkeit der Arsenobenzole 1161.
Robertson, J., Behandlung der Trichophytie des Kopfes 1280.
Robinson, C. A. s. Cumberbatch.
Rocha da Lima 935.
Roche, G. s. Worster-Drought.
Rochet u. Thévenot, Beckenureteritis 1211.
Rochlin, D. s. Altmann.
Roeb, Wilhelm, Ulcus molle im Kindesalter 969.
Roederer, J. u. Lix, A., Hydrarthros bei kongenitaler Syphilis 1059.
— — Universelle Erythrodermie bei Psoriasis 1060.
— — s. Pautrier.
— — s. Welter.
Rogers, L., Leprabazillen u. Chaulmoograöl 1282.
Rogge, H. C., Heilbarkeit der Homosexualität 1044.
Rohden, Otto v., Weibliche Gonorrhoe 993.
Rohr, F., Blutentnahme bei Säuglingen 911.
Rohrbach, R., Terpentinbehandlung 1247.
Rolleston, J. D., Hereditäre Tylosis 1097.
Rollet u. Colrat, Gonorrhoische Iritis 1312.
Romeikowa, E. s. Jordan.
— s. Shdanow.
Róna, Alfred, Abdeckmaße für Röntgentherapie 1250.
Rondoni, Ponndorfsche Impfung 1371.
Roscher u. Gollmer, Kapselbehandlung der Zervix 1412.
Rosen s. Fordyce.
— Jsadore 860.
Rosenbaum, Ernst s. Koomaya.
— E. s. Langer.
Rosenberg, Paul, Mikroskopierlampe 1356.
Rosenstein, W., Prophylaxe der Dermatomykosen 1280.
Rosenthal, Franz, Salvarsanintoxikation u. Staphylokokkenempfindlichkeit 1307.
— Behandlung der Urticaria 931.
— F. 928.
Rost 926, 928.
Rothman, Stephan u. Callenberg, J., Lichtbäder und Serumkalkspiegel 1456.
— — Physiologie der Lichtwirkung 1074.
— 929.
Rothschild, Alfred, Harnblasendivertikel 1412.
Roussy, G., u. Wolf, M., Sarkom der Hühner 1111.
Rowell H. G., Dermatitis durch gefärbtes Papier 1008.
— — — Rezidivierender Herpes 1183.

Digitized by Google

Roxburgh, A. C., Zoster und Varizella 1010.
Rubin, Eugen s. Guszman.
*— — Traubenzuckerinjektionen bei Syphilis 1080.
Rubin, E. u. Szentkiralyi, S., Lebensdauer der Spirochäten 880.
Rubinstein, M. s. Ballet.
Rudinesco u. Vallery-Radot, Mutilierende Sklerodermie 1039.
Ruge, H., Serologische Luesdiagnostik 905.
Rump s. Jaeger.
Rundle, G. W., Kontramine-Pessarien 1164.
Ruppe s. Picot.
Ruppel, W. G., Lyophile Eiweißkörper als Antigen 904.
Rüscher, E., Flüchtige Krankheitserscheinungen bei Kindertuberkulose 852.
— — WR bei Tuberkulose 851.
Rusch, Paul, Bromoderma 1474.
— Karzinom der Vulva 1434.
— Leucaemia cutis 1474.
— Lichen Vidal 1474.
— Lupuskarzinom 1434.
— Lymphatische Leukämie 1434.
— Netzförmige Livedo 1474.
— Pityriasis lichenoides 1434.
— Syringozystadenom 900.
— Trophische Störungen an den Nägeln 900.
— Zirkumskripte Sklerodermie 901.
Russ, S., Röntgenstrahlen 1453..
Rydgaard, Frode, Genitaltuberkulose 1192.

Saalfeld, E., Kosmetik 1065.
*— Ulrich, Gonorrhoische und nichtgonorrhoische Urethritis 839.
— — Liquor bei Syphilis 883.
Sabouraud, R., Zu Alopezie führende Ekzeme 1096.
— — Intertrigo-Mykosen 1338.
Sachs, Hans, Serologischer Luesnachweis 1399.
— — u. Georgi, F., Serodiagnose beim Kaninchen 1135.
— Otto 1136.
— Ekzem 927.
— Erythema induratum neben Lues 901.
— Folliculitis serpiginosa nasi 900.
— Tuberculosis verrucosa 900, 1436.
— Tuberkulid 901.
— Tuberkulose der Mundschleimhaut 1436.
— Urticaria pigmentosa 900.
Sachs-Müke, Gonokokkenkultur 969.
Sachweh, F., Gonargin 1411.
Sack 932.
— Arnold, Darmeinläufe bei Kolipyelitis 1020.
Sahlgren, E., Weichbrodtsche Sublimatreaktion 1400.
Salomon, Adolf, Sinuspunktion bei Säuglingen 1406.
— Fritz, Problem der Lues congenita 1372.
— Oskar, Syphilisbehandlung 1135.
— O., Syphilisbehandlung 1404.
— Oskar, Verhütung des angioneurotischen Symptomenkomplexes bei Salvarsan 1307.
Salvioli, G. s. Gaethgens.
Šamberger, Ekzem 927.
— F. 884.
Sand, K., Epididymektomie bei Senilität 1446.
— Knud, Hermaphrodismus 1064.
Saphier, Johann, Dermatoskopie 1158.
Satke, V. s. Mucha.
Sato, Goro, MTR 1303.
— — s. Monferratos-Floros.
Savatard, L., Ulcus rodens 1061.
— — Xanthom 1341.
Schade, H. u. Meuschel, H., Gesetze der Gewebsquellung 1069.
Schäfer, Frida, Zystenniere 1020.
Schaeffer, Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten 1065.
Schamberg, J. F. u. Greenbaum, S. S., Kolmers Komplement-Fixationsprobe 1135.
Schapiro, B. s. Löwenstein.
— s. Martenstein.
Scharfetter, Hellmut, Arsenneuritis 1249.
Schauke, Eugen, Neohexal 1022.
Schaumann, J., Lupus pernio und Sarkoide 1178.
*Schaumberger u. Tannhauser, Creeping Disease in Stuttgart 1165.
Scheele, K., Niereneiterungen 1062.
— — Probeexzisionen aus der Blase 1014.
Scheer, M. s. Sharlit.
Scherber, G., Erosive und gangränöse Balanitis 1190.
— — Gangränöse Balanitis 994, 1415.
— — Jod-Wismut- und Jod-Uransalben 1073.
— — Trepol 966.
Scherck, H. J. u. Jost, W. E., Spritze für die hintere Harnröhre 1349.
Schereschewski, J., Abortivheilung der Gonorrhoe 991.
Scheuer, Oskar F., Sexualtrieb u. Farbenlust 1355.
Schickler u. Mayer-List, Eigenbewegung des peripherischsten Gefäßabschnittes 1356.
Schläpfer, Karl, Transplantation nach Reverdin 1073.
Schlasberg, H. J., Gonorrhoe bei kleinen Mädchen 1176.
Schlayer, Funktionszustand der kranken Niere 1020.
— Novasurol und Stauungsniere 965.

Digitized by Google

Schlesinger, Fritz, Technik der Salvarsaninjektion 940.
— H., Gelenksyphilis 855.
Schliepe, A., Erysipel beim Säugling 1363.
Schmelowsky, F., Kaupsche WR 987.
Schmidt, C. O., Dilatation der Harnblase 1014.
*— Erich, Salvarsan-Mischspritze 1004.
— E., Sublimat-Salvarsan-Behandlung 964.
— Hans, Mannheimer Beratungsstelle 1449.
— — K. s. Harzfeld.
— Karl Erich 1252.
— Willy, Lumbalpunktion bei Lues latens 1399.
— W. Th., Oxyuriasis 1044.
Schmidtmann, M. s. Brahn.
Schmitz, Henry, Zervixkrebs 1089.
Schnaudigel, O., Uveitis leprosa 1369.
Schneider, M., Einzeitige SG-Meinicke-Reaktion 905.
— — Ulcera ad genitale 1162.
— Pfeil, Hermaphroditismus verus alternans 1352.
Schoenrich, H., Syphilitische Reinfektion 1338.
— Herbert, Tripper des Mannes 1089.
Scholl, Karl, Schmelzhypoplasien bei kongenitaler Lues 1129.
Scholtz, Silbersalvarsan gegen Gonorrhoe 928.
— W. u. Richter, C., Abortivbehandlung der Gonorrhoe mit Traubenzucker intravenös 1163.
Schönberger, M., Purpura im Kindesalter 1361.
Schönebeg, C. Hart., Pubertätsdrüse 1018.
Schönfeld, W., Sinuspunktion bei Säuglingen 1406.
— — Eiweißproben im Liquor 933.
— — Sinuspunktion 933.
Schottmüller, Behandlung der Aortitis 938.
— Behandlung der Zystitis 1014.
— Zystitis 996.
Schranz, H., Novoprotin bei Phlegmone 1364.
Schreiber, A., Tuberkulinreaktion 849.
Schreiner, Karl, Reimer-Salbe bei Ulcus cruris 1119.
Schreus, H. Th., Mitigal 1073.
— — — Wismutbehandlung 1161.
— — — Wismut bei Lues 1409.
— — — s. Hoffmann.
Schroetter, Hermann v., Orientbeule 1364.
Schubert, A., Dupuytrensche Kontraktur 1109.
— Joh., Differenzen verschiedener Wassermannextrakte 903.
— Martin, Brucksche Reaktion 990.
Schünemann, H., Eigenharnreaktion 1284.
Schürmann, P., Achseldrüsenverkäsung nach Ponndorfscher Impfung 1372.
Schuhmacher, Karl, Nichtspezifische Epididymitis 990.
— — Salvarsanschädigungen 942.
Schultze, E., Tuberkulosegifte 848.
Schumacher, Chemischer Aufbau des Gonokokkus 927.
— J., Spirillozide Wirkung des Salvarsan 936.
Schuster, J., Spirochäten bei multipler Sklerose 883.
Schwartz, E. M., Gumma des Nasenseptum 1486.
Schwarz, Gottwald, Gutartiges und bösartiges Wachstum gegenüber der Röntgenwirkung 1075.
— H., Chronischer Rotz 1460.
— Oswald, Miktionspathologie 996.
— Otto A., Divertikelkarzinom 1350.
— P., Prophylaktikum gegen venerische Krankheit 1222.
Schweizer, H., Lues congenita der 3. Generation 1398.
Schwenter, J., Aolan 1247.
Schwermann, Stomatitis durch Krysolgan 1125.
Schwink, Fritz, Belassung der Bordelle 1449.
Seckel, Richard, Ependymitis ulcerosa und Riesenzellenleber bei kongenitaler Syphilis 1130.
Seefelder 984.
*Sei, S., Wismut im Harn 1290.
Seemann, Desider u. Rajka, Edmund, Trichophytie 1156.
Seiffert s. Uhlenhuth.
Seitz, L., Lokale Wirkung der Röntgenstrahlen 1454.
Selitzki s. Jordan.
Sellers, A., Tuberkulose und Komplementbindungsreaktionen 1370.
Selter, H., Tuberkuloseimmunisierung 848.
Semon, H. C., Dermatitis durch gefärbten Pelz 1074.
— — — Epidemie von Alopezie 1446.
— — — Ichthyosis 1341.
— — — Narben nach Gasverbrennung 1341.
Sequeira, J. H., Behandlung der Hauttuberkulose 1370.
— — — Lupus 1061.
— — — Onychogryphosis 1341.
— — — Pigmentsarkom 1188.
— — — Tuberkulöse Lymphangitis 1446.
— — — Verhütung kongenitaler Syphilis 1127.
Serra, A., Neojakol 1217.
Sharlit, H. u. Scheer, M., Wasserstoffionenkonzentration der Haut 1008.

Digitized by Google

Shdanow u. Romeikowa, Tebelon bei Furunkel 1274.
Sheasby, H., Syphilis insontium 1127.
Sherndal, A. E., Kolloidale Veränderlichkeit nach Salvarsan 942.
Shiga, Mitsuo, Ozaena 1111.
Shin Maie, Salvarsan gegen Staphylokokken 914.
Shropshire, C. W., Hämaturie 1214.
Sibley, W. Knowsley, Lupus erythematodes 1214.
— — — u. Wynn, W. X., Lupus erythematosus disseminatus 1345.
Sicoli, Dysidrosis 1240.
Sieben, Hubert, Behandlung der Fistula ani 1043.
— H., Quecksilberexanthem 1136.
— — Seltene Salvarsanschädigung 1161.
Siebert, C., Pyodermien 1096.
Siedamgrotzky, Kurt u. Picard, Lugo, Karzinombestrahlung 1454.
Sielmann, Hans, Röntgenkater 1455.
— — s. Neuda.
Siemens, Werner, Epidermolysis 1395.
— H. W., Geschlechtsabhängigkeit erblicher Krankheiten 1224.
— — — Geschlechtsbestimmung 1047.
— — — 1024.
— Naevi 931.
Sigwart, W., Syphilis durch Trachealkatheter 855.
Silberschmidt, W., Pockenepidemie 1369.
Silberstein, S., Abortivbehandlung der Syphilis 1395.
Simhandl, F. s. Urbach.
Simic, T. V., Wirkungsweise des Neosalvarsan 1306.
Simon, Clément, Wismut 1037.
— D. L., Ikterus nach Arsphenamin 1088.
*— Fritz, Gono-Yatren bei Gonorrhoe 973.
*— — Gono-Yatren 974.
Simonin, P. s. Parisot.
— s. Spillmann.
Simons, Albert, Wachstumsteigernde Wirkung der Röntgenstrahlen 1075.
— — s. Halberstaedter.
Simpson, K., Scharlachüberwachung 1484.
Singer, A., Intrakutane Blatternschutzimpfung 1485.
Sitta, E., Salvarsanerytheme 1406.
Sklarz, Erythema centrifugum 878.
— E., Quecksilberpulver zu Einreibungskuren 1305.
— — Syphilitische Syringomyelie 985.
— s. Buschke.
Skulski, Salvarsantechnik 1306.
Skwirski, Serodiagnostik 906.
Slawik, Ernst, Ödembereitschaft beim Säugling 1093.
Sluder, G., Glossodynie 1367.
Smith, J. Barker, Urinuntersuchung 1214.
Smith, R. Travers, Narben nach Varizella 1189.
Sniyders, E. P. u. Stoll, A., Rhinosklerom auf Sumatra 1275.
Sobernheim, G., Pockenepidemie in der Schweiz 844.
Soiland, A., Karunkeln der Harnröhre 1089.
Sokolowsky, A., Haarkleid der Säugetiere 1214.
Soldin, Max, Varizellenschutzimpfung 1112.
Solente s. Lortat-Jacob.
Somer, Wolf, Gähnkrämpfe bei Tabes 859.
Somogyi, S., Haut- und Lungentuberkulose 846.
Sonnenschein, C., Meinicke-Reaktion 1400.
Sparmann, G., Auswertung der WR 905.
Sparrow, Helene, Fleckfiebervirus 845.
Spierer, H. s. Cajol.
Spiess, Gustav, Lupusbehandlung 853.
Spiethoff, Bodo, Hochausgewertete WR 904.
— — 1100.
Spillmann, L., Atrophodermia vermicularis 1042.
— Epitheliomatose nach Brustkrebs 1043.
— L. s. Frühinsholz.
— u. Drouet, Pemphigus 1218.
— L. u. Drouet, L., Sklerodermie und Melanodermie 1042.
— u. Drouet, Skrofulid 1218.
— — — Tertiäre Syphilide 1218.
— Drouet u. Diot, Tätowierung und Syphilis 1043.
— L. u. Mouton-Chapat, Kohlensäureschnee bei Keloiden 1043.
— Parisot u. Simonin, Psoriasis und Schwangerschaft 1218.
— L. u. Raspillier, Autohämotherapie bei Zoster 1218.
— u. Watrin, Lymphektasien in Operationsnarbe 1043.
Spitzer, R., Dermatitis herpetiformis 989.
— Erythema induratum 902.
— Fall zur Diagnose 902.
— Lupus der Wange 902.
— Papulöses Syphilid auf einem Nävus 902.
— Striae atrophicae 902.
— Tuberkulose der Zunge 902.
— 1474.
Spremolla, Pagetsche Krankheit 1343.
Ssutejeff, Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten 1323.
Stadelmann, E. s. Neustadt.
Stahl, Rudolf, Herdreaktionen und vegetatives Nervensystem 1246.
— Wilhelm, Combustin 1073.
Stancanelli, Pietro, Orientbeule 1215.
Stark, E., Prostatektomie 1017.
Steden, E., Neurinomatose der Harnblase 1014.

Digitized by Google

Stein, Frontaler Haarausfall 935.
— Nägel bei Alopecia areata 935.
— Nodöses Syphilid 855.
*Steinbiss, W., Silberpräparate 1227.
Steinfeld, J., Superinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis 1300.
— — — — Kaninchensyphilis 881.
Stern, A., Vaginale Pulverbehandlung 1221.
— Karl 912.
— — Pemphigus nach Ponndorf-Impfung 935.
— Marg. u. R., WR im Liquor 1135.
— M. s. Prausnitz.
— Rudolf, Mechanismus der serologischen Reaktionen 1302.
Stern-Piper, Ludwig, Silbersalvarsan bei Paralyse 941.
Sternberg, A., Lichen monileformis 1158.
— Karl, Pathologische Anatomie der Syphilis 855.
— M., Quecksilberdiurese 965.
Steudel, H., Zellkernfragen 1451.
Stillians, A. W. u. Zeisler, E. P., Gonorrhoische Keratose 1445.
Stillmann, Paul R. u. Mc Call, John Oppie, Vincent-Infektion des Mundes 1279.
Stokes, J. H., Leucoderma centrifugum 1008.
— — — Naevus lymphangiomatosus 1270.
— — — — pilosus 1007.
— — — Tuberkulöse Paronychie 1183.
Stoll, A. s. Sniyders.
Storp, A., WR bei Sepsis 1399.
Stowers, James 1372.
Strachow s. Günsburg.
Strandberg, J., Aplasia moniliformis 1178.
— — Syphilis und Ehe 1177.
Stranz, Helbert 1065.
Strassberg, Karzinom 901.
— Karzinom auf Lupus 901.
— E. s. Planner.
Strebel, J., Meningitis basalis gummosa 1129.
Strecker, H., Liquorzirkulation 884.
Strempel, R., Beobachtungen bei der WR 904.
— — s. Hoffmann.
Strickler, Albert, Rhus toxicodendron 1248.
— A. u. Asnis, E. J., Histologie der Kutanreaktionen 1006.
Strumia, M. M., Ausflockungsreaktionen 1183.
Stümpke, Gustav, Blasenartige Hauterkrankungen 1274.
— Mycosis fungoides 1441.
— Quarzlampe und Höhensonne 1345.
— Toxische Exantheme und Syphilisverlauf 912.
Stütz, W. s. v. Gröer.
Sulger, Egon, Intrakutanreaktion beim Karzinom 1110.
Sumner, F. W., Anaphylaktischer Chok 1068.
Surbeck, K., Salvarsan bei Malaria 941.
*Sutieeff, G. O., Sekundäre Syphilis bei Tabes 1472.
Sutton, L. A. u. Mallia, W. A., Melanom 1444.
Szabó, J., Pyelographie 1020.
Szász, Emil, Tuberkulin 1371.
Szentkirályi, R. s. Rubin.
Szilvasi, Spirochätenfärbung 933.

Tachau, Ekzem 927.
Taege, Hans s. Autenrieth.
Takeuchi, N., Rhinosklerom 1340.
Tanimura, Ch., Sycosis lupoides 1063.
Tannhauser s. Schaumberger.
Targowla, R., Reaktion mit Kolloidbenzoë bei Dementia paralytica 910.
Tataru, C., Abortivbehandlung der Syphilis 1179.
Tausand, A., Milchinjektionen bei Blennorrhoe 971.
Taylor, F. L., Syphilisbehandlung 1489.
Teague, O. u. Goodpasture, F. W., Experimenteller Zoster 1362.
Tebbe, Saponinhämolyse 1402.
Teichmann, W., Brucksche Zentrifugiermethode 909.
— — Kolloidales Quecksilber 1155.
Tennant, C. E., Hautdesinfektion 1247.
Terry, B. T., Polychromes Methylenblau 1244.
Thalheimer, W. u. Hogan, B. M., WR mit Serum mit Cholesterin 1007.
Thannhauser 930.
Thaysen, Th. E., WR bei Spätsyphilis 884.
Thedering, Haarkrankheiten 1368.
Theilhaber, A., elektromagnetische Schwingungen 1454.
Thévenod, A. s. Gautièr.
— s. Rochet.
Thibaut s. Louste.
Thibierge, George, Diagnose der Hautkrankheiten 1217.
— — Lupus erythematosus der Augenlider 1239.
— G., Lichen planus des Mundes 1097.
*Thim, Josef Rudolf, Apparat für intravenöse Injektion 841.
— — — Technik der Salvarsaninjektion 940.
Thomas, E. u. Arnold, W., Kantharidinblase als Maß der Durchgangsgeschwindigkeit 1357.
— — — — — u. Klein, K., Blaseninhalt bei Syphilis 905.
Thompson, L., Unvermutete Syphilis 1486.

Digitized by Google

Thoret, Sublimatvergiftung 1359.
Thurzó, E. v., Therapie der Nervenlues 1404.
Tjaden, Geschlechtskrankheiten und Prostitution 1046.
Tièche, Max, Diagnose der Pocken 1123.
— Pocken in der Schweiz 1282.
Timberlake, Gideon, Tonsillenschlinge bei Blasengeschwülsten 1212.
Tobias, G., Tuberkulinreaktionen 849.
Török, Ludwig 1252.
Tolk, N. R. s. Berkow.
Tomaszewski, J. s. v. Gröer.
Torday, F. v. s. v. Barabas.
Toyoda, Hidezo, u. Yung-Nen-Yang, Bakterizidiefeste Tuberkelbazillen 847.
Trimble, W. B. u. Maloney, E. R., Lichen nitidus 1007.
Trisca, P., Xeroderma pigmentosum 1091.
Trömner, E., Sedimentator für Liquorzellen 1402.
Tryb, Hauterkrankung mit Schleimanhäufungen 1396.
*— u. Beutl, Trepol 831.
Tryfus, Ernst, Höhensonnenbestrahlung 1076.
Tselios, P., Ulcus ventriculi und Lues 1298.
Tsuzuki, M., Antimon-Hydrargyrum 966.
Turner, D., Verwendung von Radium 1092.
Twort, C. C., Tuberkelbazillen 846.
Tzanck, Arnault, Positive Zacke bei Behandlung seronegativer Syphilis 1185.
— A. s. Flandin.

Uglow, Polymorphismus der Spirochaete pallida 880.
Uhlenhuth, Paul, Experimentelle Syphilisforschungen 881, 966.
— — 860.
— — u. Seiffert, Antimon bei Kaninchensyphilis 966.
Uhlhorn, Carl, Wunddiphtherie 1095.
Ullmann, Krysolgan bei Lupus erythematosus 1476.
— Neurinoma perifolliculare 1436.
— Psoriasis 1477.
— 1438, 1475.
Ulrich, W. s. Wechselmann.
Unger, E. s. Blumenthal.
*Unna, P. G., Gefärbte Strukturen in fixierten Präparaten (Antwort an W. v. Möllendorff) 1424, 1431.
Untersteiner, Meinickereaktion 984.
Unverricht, Ponndorfsche Impfung 1283.
Urbach, Erich, Livedo racemosa 902.
— Magendarmtrakt bei Ekzem 985.
— Pulays blutchemische Arbeiten 1072.
— Schlußbemerkungen an Pulay 1277.
— Tuberculosis verrucosa 902.
— 926, 930, 1474.
Urbach, E. u. Simhandl, Ca- und K-Gehalt des Blutserums bei Ekzem 1363.
Urquhart, A. L., WR und Flockungsreaktionen 1134.
Utenkow u. Hempel, Vakzinetherapie der Pyodermien 1459.

*Vaiciuška, Pr., Behandlung der Orientbeule 1285.
Valdigué s. Chatellier.
Vallery-Radot, Pierre, Sklerodermie 1039.
Valverde, B., Gumma der Harnröhre 1342.
Váró, B., WR und SGR bei Neugeborenen 860.
Veiel, Theodor 928, 934, 1136, 1335.
Vernier, M. s. Drouet.
Versari, A., Feine Blutzirkulation am Kopf 1356.
Vey, Ernst, Behandlung weiblicher Gonorrhoe 1348.
Veyrières, Pasten 1179.
Voehl, J., Wismut 968, 1309.
Voelcker, F., Steinerkrankungen der Harnwege 1019.
Voelkel, H. s. Hohorst.
Voigt, Lenhard s. Görl.
Voirin s. Etienne.
Voith v. Voithenberg, Enzephalitis nach Salvarsan 942.
Volk, R., Lichttherapie 1074.
— 933, 934, 935.
Vorlaender, K., Impfkarzinom der Maus 1250.
— — s. Kok.
Voronoff, S. s. Retterer.

Waelsch, Ludwig, Geschlechtskrankheiten und Ehe 1223.
— — Paraurethritis non gonorrhoica 1208.
— — Übertragbarkeit spitzer Kondylome 1109.
Wagner, G. A., Verhütung der kongenitalen Syphilis 859.
— Karl, Zwischenzellen des Hodens 1414.
— Richard s. Hecht, A. F.
Walker, K. M. u. Watson, D., Gonorrhoische Prostatitis 1411.
— G. s. Burnam.
Wang, C. Y. u. Basto, R. A., Niederschlagsreaktion bei Syphilis 1303.
Wanklyn, W. M., Diagnose zwischen Pocken und Varizellen 1281.
Warischtschew, WR und SGR 1134.
Wassermann, A. v., Serodiagnostik der Tuberkulose 851.
Watrin, J., Ionisation mit Jodkalium bei Sklerodermie 1042.
— Nävokarzinom 1043.
— J. s. Spillmann.
Watson, D. s. Walker.

Digitized by Google

Wayson, J. T., Lackdermatitis 1183.
Weber, H., Tuberkulin Selter 850.
— Parkes F., Bromo- und Jododerma 1010.
— — — Chalasodermia 1213.
— — — Elephantiasis nostras 1184.
Wechselmann, Wilhelm u. Wreschner, Hans, Provokation von Ikterus durch Salvarsan 963.
— W., Lockemann, G. u. Ulrich, W., Arsen in Blut und Harn nach Salvarsan 987.
Weicksel, Johannes, Reizkörper und Blutbild 1070.
Weidman, F. D., Gefahr des Praffin bei Injektionen 1248.
— — — Hautkrankheiten der Affen 1005.
— — — s. Arnett.
— — — s. Fox.
Weigeldt, W., Liquor cerebrospinalis 1220.
Weiss, Julius, Knochensyphilis 1128.
Weiss, R. S. s. Mook.
Weitz, H., Torsio testis 1191.
*Wellmann, Eduard, Rektumkarzinom und Syphilis 1331.
Wells, E. D. s. Mackenzie.
Welter, P. s. Canuyt.
— — u. Roederer, J., Ozäna 1219.
Welti, Verlängerung des Samenstrangs 1017.
Werder, H., Schwefelwirkung 1072.
Werra, M. de s. Galli-Valerio.
Wertheim, L., Leukoderma bei Pityriasis versicolor 1155.
— Leo s. Ehrmann.
Werther 929.
Wesener, F., Malaria durch Salvarsan manifest geworden 963.
— — Tuberkulinimpfung 851.
Wester, A. s. Keining.
Wettgasser, H., Weibliche Gonorrhoe 993.
Weyl, Hermann, Kolorimetrische Bestimmung von Salvarsan 1161.
— — Mehr Salvarsan im primär durchflossenen Kapillargebiet 1308.
White, Edward William, Dysurie bei Frauen 1212.
— R. Prosser, Dermatitis durch Kaninchenpelz 1213.
Whitfield, Arthur, Fall zur Diagnose 1188.
— — Hunderäude 1188.
Widowitz, P., Beobachtungen über Masern 1281.
Wiener, Emil, Skorpionstich 1368.
Wile, U. J., Bromexanthem 1445.
Williams, Arthur U. 912.
— A. Winfried, Fall zur Diagnose 1188.
— C. s. Craig.
Willis, G. S. s. Mac Neal.
Winckler, V., Epididymitis non gonorrhoica 1019.
Winfield, James 1184.
— — Mac Farlane 1048.
Winkler, Max, Quecksilbervergiftung 1359.
Winterfeld, Hans Karl v., Lues und perniziöse Anämie 1159.
Wirz, Franz, Dreimalige Primärsyphilis 940.
— — Reizung von Gelenktuberkulose durch Salvarsan 852.
— 1024.
Wise, Fred, Acrodermatitis atrophicans 1278.
— — 860.
— F. u. Eller, J. J., Bullöse Eruptionen bei Sarkom und Lichen planus 1009.
With, C., Lupus und Tuberkulose 987.
— — s. Krogh.
Wittek, Sonnenbehandlung der Tuberkulose 853.
Witter, C. s. Duncan 1214.
Wittgenstein, A., Endolumbale Salvarsantherapie 938.
— 959.
Witzel, A., Familienuntersuchung bei Lues 854.
Woenckhaus, E., Salvarsantod 1406.
*Wohlstein, Emanuel, Dermatitis exfoliativa 1327.
*— — Toxische Erytheme 957.
Wolf, M. s. Roussy.
Wolff, Friedr. s. Asch.
— L. K. s. Janzen.
Wolfsberg, O. s. Halberstaedter.
Woringer, P., Familiäres Erythema nodosum 1094.
Worms, W., Hämoklasische Verteilungsleukozytosen nach Dermographie 1245.
— — Persönliche Syphilisprophylaxe 1489.
— — Spontane Kaninchensyphilis 1133.
Worster-Drought, C., Zoster mit Muskellähmung 1272.
— — Fry, H. J. B. u. Roche, G., Goldsolreaktion 911.
Wossidlo, E., Prostatahypertrophie 1351.
— Hans u. Erich, Gonorrhoe des Mannes 1242.
Wreschner s. Wechselmann.
Wright, Hedley Duncan u. Kermack, William Ogilvy, Goldprobe im Liquor 1304.
Wüest, H. M. s. Ritz.
Wynn, W. X. s. Sibley.

Yagle, E. M. u. Kolmer, J. A., Kahnsche Reaktion bei Lepra 1270.
Yanagihara, H., Inaktivierende Wirkung der Farbstoffe 1339.
Yokota, K., Vakzineerreger bei Kaninchen 1340.

Digitized by Google

Young, C. C., Kahnsche Syphilisprobe 910.
— E. J., Harninkontinenz 996.
Yung-Nen-Yang s. Toyoda.

Zabriskie, Edwin G., Spätkongenitale Nervensyphilis 1486.
Zeisler, E. P. s. Stillians.
Zieler 933.
— K. u. Markert, H. J., Giftempfindlichkeit Tuberkulöser 849.
Zimmermann, Masernprophylaxe nach Degkwitz 844.
Zingale, Michele, Epidermomykosen der Hände 1342.
Zinsser, Diagnose der Syphilis durch den praktischen Arzt 1300.
— Komplikationen der Gonorrhoe 991.
Zinsser, F., 1460.
Ziskoven, Hedwig, Doldsche TR 908.
Zöllner, E. L., Haar bei Krebskranken 1484.
*Zollschan, Josef, Arzneiexanthem nach Psoriasis 1323.
Zuccola, Sklerodermie 1364.
Zuelzer, G., Ödemfrage 1093.
Zumbusch, L. v., Geschlechtskrankheiten in der Pfalz 1449.
— — — Hauttuberkulose 846.
— — — Molekulardisperse Silberlösung 1410.
— — — Parasitäre Hautkrankheiten 1368.
— — — 860, 934.
Zurhelle s. Hoffmann.
Zweig, L., Kolloidale Hg-Präparate 1305.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.77
stack no.50

Dermatologische Wochenschrift.

3 1951 002 741 518 G

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D17S12TKT

Digitized by Google